

同 意 書

私は『悪性腫瘍に対する自家樹状細胞ワクチン療法』の実施に際し、同治療に関する説明を担当医師から受け、下記の点を確認した上で、治療を受けることに同意いたします。

1. 本療法は「再生医療等安全性確保法」に基づき必要な手続きを完了していること
2. 治療の目的と内容
3. 治療の実施方法と用いる細胞について
4. 予想される利益および不利益、可能性のある副作用について
5. 他の治療法との比較について
6. 本治療を受けること、また拒否することは任意であること
7. 本治療に一旦同意を頂いた場合であっても、いつでも同意を撤回できること
また、撤回することで不利益な取り扱いを受けないこと
8. 治療のやり直しおよび中止について
9. 個人情報の保護、および「細胞培養加工施設」との治療情報の共有に関して、
10. 試料等の取り扱いについて
11. 治療の実施に係る費用に関して
12. お問い合わせおよび苦情への対応について
13. 受ける治療の結果について、名前などの個人情報は伏せた上で、治療効果の基礎資料として使用する可能性があること

また、本書を提出し、その写しを重要事項説明書とともに受け取りました。

同意日： 西暦 年 月 日

本人署名 氏名

(ご本人が署名や理解が困難な場合)

同意日： 西暦 年 月 日

代諾者署名 氏名 _____ (続柄：)

本治療に関する説明を行い、自由意志による同意が得られたことを確認します。

説明日： 西暦 年 月 日

担当医師署名

銀座聖愛わクリニック

氏名 _____