

NKT がんワクチン GC-MO(α -galactocylceramide パルス自家 CD14 陽性細胞)を用いた iNKT がん免疫治療同意説明文書

医療法人 紀隆会 りんくうメディカルクリニック 院長 殿

私_____は、りんくうメディカルクリニック 医師からの口頭での説明、及び同意説明文書においてその内容について十分理解し、同意致しますので、ここにりんくうメディカルクリニックにおいて治療を受けることを希望します。

NKT がんワクチン GC-MO (α -Galactosylceramide パルスヒト自家 CD14 陽性細胞) を用いた iNKT がん免疫治療 (以下、「iNKT がん免疫治療」という) についての説明内容：(説明を受けた項目をチェックして下さい。)

- 1. iNKT がん免疫治療について
- 2. 従来のがん治療法と iNKT がん免疫治療について
- 3. この治療を受けることが出来ない方
- 4. 治療の流れ
- 5. iNKT がん免疫治療により発生する可能性のある副反応について
- 6. 予定した日に点滴投与が出来ない場合について
- 7. この治療の予想される効果
- 8. 個人情報の保護について
- 9. 医療費について
- 10. 補償について
- 11. 治療を受ける方が未成年の場合
- 12. 免責事項
- 13. その他の確認事項およびこの治療の実施体制
- 14. 試料等の保管及び破棄の方法

私は、下記の確認医師により、本治療に関する十分な説明を受け、上記の事項を十分理解した上で治療を希望します。

年 月 日

(患者)

住所

氏名

印

緊急連絡先TEL

- -

(家族またはそれに準ずる者)

住所

御本人との続柄：

氏名

印

緊急連絡先TEL

- -

(確認医師)

住所：大阪府泉佐野市りんくう往来南 3-41

メディカルりんくうポート 2 階

電話：0724-24-0024

医療法人 紀隆会 りんくうメディカルクリニック

医師氏名

印

※ご自身のハンコでの捺印をお願いいたします。
※訂正箇所には、必ず二重線を引き訂正印を押してください。