

## NKTがんワクチンGC-MO( $\alpha$ -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 仁由会 ウェルネスビューティークリニック大阪院 院長 殿

私 \_\_\_\_\_ は、ウェルネスビューティークリニック大阪院 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、ここにウェルネスビューティークリニック大阪院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 ( $\alpha$ -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：大阪府大阪市北区曾根崎2丁目15番29号 ADビル梅田 9F

電話：0120-4874-25

医療法人 仁由会 ウェルネスビューティークリニック大阪院

※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。

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。