

# 治療同意書

東京ミッドタウン 先端医療研究所  
所長 田口 淳一 殿

私は「WT1 ペプチドカクテルを用いた樹状細胞ワクチン療法 第1版」について、以下の説明を受けました。

- |                                                     |                                                         |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はじめに（本療法の内容について            | <input type="checkbox"/> 個人情報の保護について                    |
| <input type="checkbox"/> 従来のがん治療と樹状細胞ワクチン療法について     | <input type="checkbox"/> 補償について                         |
| <input type="checkbox"/> 樹状細胞ワクチン療法について             | <input type="checkbox"/> 知的財産権について                      |
| <input type="checkbox"/> 本療法の流れについて                 | <input type="checkbox"/> 利益相反について                       |
| <input type="checkbox"/> 本療法に対する効果（予測される臨床上的利益）について | <input type="checkbox"/> 試料（細胞）等の保管と破棄について              |
| <input type="checkbox"/> 副作用および不利益について              | <input type="checkbox"/> 確認事項について                       |
| <input type="checkbox"/> 費用について                     | <input type="checkbox"/> 研究へのご協力のお願について                 |
| <input type="checkbox"/> 治療を受ける方が未成年の場合について         | <input type="checkbox"/> お問合せまたは苦情、健康被害が発生した場合等の連絡先について |

上記に関する説明を十分理解したうえで、治療を希望いたします。  
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

(患者様) 氏名

ご住所

ご連絡先

(ご家族様またはそれに準ずる者)

氏名

(続柄 \_\_\_\_\_ )

ご住所

ご連絡先

---

上記の内容について、同意されたことを確認します。

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

東京ミッドタウン先端医療研究所

〒107-6202 東京都港区赤坂 9-7-1 ミッドタウン・タワー 6階

同意取得医師 \_\_\_\_\_

2019年12月1日作成 第1版