同意書（再生医療治療）

私は「自家 NK 細胞療法」に関し、口頭及び文書にて説明を受け、下記の内容を理解しま した。その上で私の自由意志によりこの治療を受けるために、内容を理解し同意いたします。

☐ 治療法の概要について
☐ 治療の予測される効果と起こるかもしれない副作用について
☐ 他の治療法の有無及びこの治療法との比較
☐ ヒト血清アルブミン製剤が添加されている事の目的と起りえる副作用について
☐ 免疫チェックポイント阻害薬を併用している場合の副作用について
☐ この治療はいつでも取りやめることができること
☐ この治療を受けないこと、または同意を撤回することにより不利益な取扱いを受けないこと
☐ 同意の撤回方法について
☐ この治療を中止する場合があること
☐ 他の治療との併用について
☐ 個人情報の保護について
☐ この治療の費用について
☐ いつでも相談できることについて
☐ 細胞の保管期間終了後の取り扱いについて
☐ 患者様から採取された試料等について
☐ 本治療の体制について
☐ 再生医療計画についての苦情窓口について 上記の再生医療等の提供について私が説明をしました。

説明年月日

説明担当者 上記に関する説明を十分理解した上で、再生医療等の提供を受けることに同意します。 なお、この同意は＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿までの間であれば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 患者氏名（署名または記名捺印） 連絡先

代諾者（署名または記名捺印）　　㊞

連絡先

患者様との関係　　生年月日：　　年　　月　　日生