

同意書

聖心美容クリニック
鎌倉 達郎 殿

私は「自己脂肪組織由来再生細胞（幹細胞含む）を用いた再生医療－脱毛症に
対して－」について、以下の説明を受けました。

- 再生医療について
- 患者さまの希望の状態について
- 患者さまの希望に対する治療法について
- 治療の流れ
- 予想される効果と、起こるかもしれない副作用および不利益について
- 細胞の保管について
- 健康被害が発生した場合について
- 治療実施への同意とその撤回について
- 治療開始後の不可抗力事象の発生について
- この治療法に関する情報提供について
- プライバシーの保護について
- 費用について
- 治療を担当する医師および健康被害が発生した場合の連絡先

以上の説明を理解し、十分納得したうえで治療を受けることに同意します。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。ただし、撤回前に生
じた事柄については撤回の効力を争えないことを理解しました。

同意年月日 年 月 日
患者様ご氏名 _____

上記の治療について私が説明をし、上記患者様が同意されたことを確認します。

確認年月日 年 月 日
同意取得医師 _____