

## 同意書

聖心美容クリニック  
寺町 英明 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