

治療を行う際の同意書

ルーチェクリニック銀座院

佐野 仁美院長殿

このたび、私は脂肪組織の欠損を対象とした自己脂肪由来幹細胞を用いた脂肪注入術を行うにあたり、本治療を行う事を担当医師より詳細な説明を受け、同意いたしました。

特に下記項目については、担当医師とともに確認いたしました。

- 1.治療概要
- 2.本治療の対象
- 3.本治療を受けられない方
- 4.本治療の利点
- 5.本治療法の副作用、有害事象ならびに注意点
- 6. 治療内容
- 7.細胞培養に対する注意事項
- 8. 他の治療との比較について
- 9.細胞培養施設の説明
- 10. 採取した脂肪および細胞の保管・廃棄の方法
- 11. 患者様の自己決定権について
- 12. 健康被害が発生した場合の補償について
- 13.患者様の秘密保持について
- 14. 情報開示について
- 15. 治療料金・キャンセル料金について
- 16.お問い合わせ窓口

年 月 日

患者様 _____ (本人)

担当医師 _____ (本人)

同席者 _____ (任意)

【その他特記事項】

コピーをして原本は患者様へお渡ししますので、保管をお願いいたします。

同意撤回書

ルーチェクリニック銀座院

佐野 仁美院長殿

このたび、私は脂肪組織の欠損を対象とした自己脂肪由来幹細胞を用いた脂肪注入術を行うにあたり、本治療を行う事に同意はいたしました。その同意を撤回したいと思います。

この書面をもって同意を撤回いたします。なお、ここまでに支払った治療費はキャンセルポリシーに従います。

年 月 日

患者様 _____ (本人)

担当医師 _____ (本人)

同席者 _____ (任意)

【その他特記事項】

コピーをして原本は患者様へお渡ししますので、保管をお願いいたします。