

# 再生医療等の治療を受けられる方への説明と同意文書

この説明と同意文書は、患者様にお勧めする再生医療等の内容を正しく理解していただき、患者様の自由な意思にもとづきこの治療を受けるかどうかを判断していただくためのものです。この説明と同意文書をご一読いただき、担当医の説明を聞かれた上、この治療を受けるかについて十分な検討をもってお決めください。また、ご不明な点があれば、どんなことでもご遠慮なくお問い合わせください。

説明日 年 月 日

## 顎顔面口腔領域PRGF-Endoret療法についての説明を行った者の記録

医師または歯科医師 署名:伊藤歯科クリニック 院長 伊藤 順也

協力者(補足説明を行った場合) 署名:

## 顎顔面口腔領域PRGF-Endoret療法についての説明を受けた者の記録

説明を受けた者(本人) 自署:

代諾者(本人の依頼に基づき署名を代行する者) 自署: \_\_\_\_\_ 本人との関係:  
住所:  
電話:

## 同意書

伊藤歯科クリニック  
院長 伊藤 順也 殿

私は、貴院の 顎顔面口腔領域PRGF-Endoret療法 を受けるに当たり、「再生医療等の治療を受けられる方への説明文書」についての内容を理解し、治療方法に同意した上で、治療の開始を依頼いたします。

「再生医療等の治療を受けられる方への説明文書」についての以下の内容を理解した。

1. 本療法の届出について	11.個人情報の保護に関する事項
2. 細胞の提供を受ける者について	12.血液等の保管及び廃棄の方法
3. 本療法を提供する者について	13.苦情及び問い合わせへの対応
4. 本療法の目的及び内容	14.費用に関する事項
5. 本療法に用いる細胞に関する情報	15.他の治療法との比較について
6. 本療法を受ける者として選ばれる理由	16.当該再生医療への細胞提供者及び再生医療等を受ける者に対する補償について

7. 本療法を受けることにより予期される利益及び不利益	17.本療法に係る特許権、著作権その他の財産権又は経済的利益の帰属について
8. 本療法の治療の拒否は任意であること	18.認定再生医療等委員会に関する事項
9. 同意の撤回に関する事項	19.その他本療法の提供に関し必要な事項
10.本療法への拒否や同意の撤回により不利益な取り扱いを受けないこと	

同意日        年    月    日

本人氏名:

代諾者（本人の依頼に基づき署名を代行する者）

氏名: \_\_\_\_\_ 本人との関係:

住所:

電話: