

「自家脂肪由来幹細胞 (ASC) を用いた変形性関節症治療」 に対する同意書

医療法人社団啓神会 M 再生クリニック
院長 飯塚 啓介 殿

私は、 年 月 日より実施される医療法人社団啓神会 M 再生クリニックの提供する「自家脂肪由来幹細胞 (ASC) を用いた変形性関節症治療」について、同意説明書に基づき医師から十分な説明を受け、その療法をよく理解し、下記の事項についても納得し同意いたしますので、「自家脂肪由来幹細胞 (ASC) を用いた変形性関節症治療」の実施をお願いいたします。また、その他の必要となる適切な処置についても上記同様に承諾同意いたします。

- この治療法の概要
- この治療の予測される効果及び危険性
- 他の治療法について
- この治療を受けることの拒否または同意の撤回により、不利益な扱いを受けないこと
- 同意の撤回方法及び返金条件について
- この治療を中止する可能性があること
- 個人情報の保護について
- 細胞の保管と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
- この治療の費用について
- いつでも相談できること、問合せ、苦情の受付先について
- 健康被害が発生した場合について
- 特定認定再生医療等委員会について
- その他特記事項
- 本再生医療実施における医療機関情報

年 月 日

患者様署名 _____

住 所 _____

電 話 _____

緊急連絡先 氏 名 _____ 続柄 _____

住 所 _____

電 話 _____

年 月 日

説明医師 _____