

患者さん用

/ /

整理番号：

年 月 日 Ver. No.

## 同意書

医療法人社団木津歯科

オーラル&マキシロフェイシャル ケアクリニック横浜

理事長 木津康博 殿

治療名：歯科治療における脂肪組織由来再生(幹)細胞を用いた顎骨・粘膜再生

### <説明事項>

1. この治療を受けるかどうかは自由意思によるものであり、かつ、いつでも撤回でき、そのために不利益は受けないこと
2. 採取された生体材料（脂肪組織）はこの治療に必要な検査や治療のための加工作業以外の目的で使用されないこと
3. この治療の目的について
4. この治療の方法と治療期間について
5. 治療が中止される場合について
6. 予測される利益(効果)と不利益(副作用)について
7. 他の治療について
8. この治療の結果が公表される場合における個人情報の保護について
9. 費用負担について
10. 担当医師、相談窓口について

### 【患者さんの署名欄】

私はこの治療を受けるにあたり、説明文書を受け取り、上記の事項について十分な説明を受け、内容等を十分理解いたしましたので、本治療を受けることに同意します。

同意日：平成 年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

### 【代諾者の署名欄】(必要な場合のみ)

私は \_\_\_\_\_ さんが、この治療を受けるにあたり、説明文書を受け取り、上記の事項について十分な説明を受け、内容等を十分理解しましたので、本治療を受けることに同意します。

同意日：平成 年 月 日

代諾者氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

### 【説明者の署名欄】

私は、上記患者さんに、この治療について十分に説明いたしました。

説明日：平成 年 月 日

所属： \_\_\_\_\_ (自署)

氏名： \_\_\_\_\_ (自署)