

## 活性 NK 細胞・活性 T 細胞治療を受けられる方へ

1. 1クール6回となり、週1回の場合は1ヶ月半の治療となり、月2回の場合は3か月の治療となります。
2. 点滴予定日を延期される場合は、その予定日の3日前までにご連絡を下さい。
3. 2クルールの治療をご希望の場合は、ご相談下さい。
4. 患者様の都合により、治療をキャンセルされる場合、一旦、採血したものについては、既に培養を開始しておりますので、返金はできませんのでご了承ください。

### 【治療後、稀に出現する悪寒、発熱について】

1. ご自分の血液中の細胞の数を増やして活性化したものを戻すわけですから、異物ではありません。安全性に関して問題はございません。
2. 稀に発熱と悪寒に伴う震えがあります。個人差はありますが、その場合の発熱は1日から2日続くことがあります。その原因は、免疫機能が急激に活性化されるためだと考えられます。特に、免疫細胞から放出される生理活性物質のひとつであるサイトカインなどが大量に放出されることにより、体内の免疫機能が急激に活性化され、発熱と悪寒による震えが生じます。風邪をひいたときなど、発熱や悪寒を生じますが、これは体に備わる一種の防護反応です。体温上昇によって、体の免疫機能を活性化しようとするのです。要は免疫活性が低い状態から急激に高い状態に変化する、そのギャップによってこうした症状がでてくるものと考えられます。基本的には、ご心配はいりません。
3. 点滴後は、無理な運動及び、お疲れになる様なことは避けて下さい。
4. 悪寒による震えが生じた場合は、体を十分温めて下さい。
5. 発熱(38度～39度の高熱が出る場合もあります)が生じた場合は、氷などで額や脇の下を冷やして下さい。もしくは解熱剤等を服用して下さい。

活性NK細胞・活性T細胞

原本は当院が保管し、  
写しを本人に交付します

## 同意書

ソフィア A.C.クリニック 院長 殿

1. 私は、貴院の免疫細胞治療、またはその他の治療を受けるに当たり、その療法を理解し、治療方法に同意し、治療の開始を依頼いたします。また、医療方法に関わる諸問題に対しては何ら異議を述べません。
2. 私は、下記の点について説明を受け了解しました。
  - (1) 点滴予定日を延期する場合、予定日の3日前の午前中までに貴院へ連絡をすること
  - (2) 一旦採血したものについては、既に培養を開始しているため、その後治療をキャンセルする場合も費用の返金はできないこと
  - (3) 培養の最大延長期間は採血日または培養開始日より約4週間(凍結解除後は3週間)であること
  - (4) 凍結保存の場合の血液保存期間は3ヶ月間であり、貴院に対し3ヶ月間治療を受けなかった場合、血液を廃棄すること
3. 保証人は以上の内容を確認すると共に、本人の治療にかかる費用について保証責任を負うことに同意いたします。

平成 年 月 日

本人 住所

氏名 ⑩

電話 \_\_\_\_\_

代諾者 (本人の依頼に基づき署名を代行する者)

住所

氏名 ⑩

本人との続柄 電話 \_\_\_\_\_

保証人 住所

氏名 ⑩

本人との続柄 電話 \_\_\_\_\_

## 同意文書

ソフィア A.C.クリニック 院長 殿

1. 提供される再生医療等の内容
2. 当該再生医療等の実施により予期される効果及び危険
3. 他の治療法の有無、内容、他の治療法により予期される効果及び危険との比較
4. 再生医療等を受けることを拒否することは任意であること
5. 当該治療を受けることを拒否すること又は同意を撤回することにより不利益な取扱いを受けないこと
6. 同意の撤回に関する事項  
提供された細胞について、血液を採取してから2時間後までは同意の撤回をする機会が確保されていること
7. 再生医療等を受ける者の個人情報の保護に関する事項
8. 当該再生医療等の実施に係る費用に関する事項
9. その他当該再生医療等の提供に関し必要な事項  
当該治療から得られた治療成果については、細胞提供者について個人が特定されない形で学会等において公開される可能性があること

説明日： 年 月 日

説明者： \_\_\_\_\_

説明補助者： \_\_\_\_\_

上記各項目について、担当医師より同意説明文書を受け取り、説明を受け、その内容を理解しましたので、同意します。

同意日： 年 月 日

同意者署名： \_\_\_\_\_

代諾者署名： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_