

説明年月日 年 月 日

説明者氏名

脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）説明書

この脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）説明書は、脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）の内容などについて説明するものです。脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）について、わからないことがありましたら、何でもおたずねください。

□1 脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）の内容

患者様より採取した脂肪組織を遠心分離して調製した脂肪組織由来幹細胞を、患者様が組織の増大を希望される部位（乳房）、あるいはしわ、たるみの改善を希望される部位（顔面）に、シリンジで注入します。

施術に要する時間は、脂肪組織採取から注入まで含めておよそ 180分です。

□2 脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）の実施により予期される効果及び危険

(1) 予期される効果

- a 胸部組織の増大（豊胸）
- b 顔面のしわ、たるみの改善

本治療の効果は、長期的（定着率 70～80%）ですが、治療後の経過及び効果の持続には個人差があります。なお、胸部組織の増大のために施術を受けられた場合、治療から 6 か月後に乳房部の厚みを測させていただきます。

(2) 予期される危険

- a 腫れ、赤み

治療後、患部に腫れ、赤みが生じることがありますが、通常術後 1 週間程度で腫れ、赤みは、おおむね落ち着きます。

- b 感染

治療後、注入部位に細菌が入り、感染が起こることがごく稀にあります。

- c アレルギー

治療によって、アレルギー反応が出現することがごく稀にあります。

*アレルギー，服用中の薬がある場合，妊娠中あるいは妊娠している可能性のある場合は，必ず医師にお申出ください。

脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）は，患者様ご自身の脂肪組織から採取した細胞を注入するため，異物反応の心配のない治療法ですが，以上のような症状が生じる場合があります。

また，以上の予期される危険は，あくまで一般的な説明であり，個人差があることをご了承下さい。もし偶発症が起きた場合には，必要に応じて最善の処置を行います。なお，その場合の治療にかかる費用は，患者様負担となります。

□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
他の治療法としては，以下のものが考えられます。これらの治療を検討されたい方は，医師に遠慮なくお申出ください。

- (1) ヒアルロン酸，コラーゲンなどの注入剤による治療
- (2) 異物を挿入する手術
- (3) フェイスリフト

□4 患者様が脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）を受けることを拒否することは任意です。

□5 患者様が脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）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ることはありません。

□6 同意の撤回について

患者様はいったん治療に同意し，同意書を提出しても，治療が開始されるまでは，本治療を受けることをやめることができます。本治療をやめる場合には，その旨を医師又は下記 9 の連絡先にご連絡ください。

□7 脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）を受ける患者様の個人情報の保護について

脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）を受ける患者様の個人情報は，当院の個人情報保護規程にもとづき，保護されます。

□8 脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）の実施にかかる費用について
脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）の実施にかかる費用は，以下の

とおりです。

□9 連絡先

本治療について質問がある場合又は治療後に緊急の事態が発生した場合は、下記までご連絡ください。

【連絡先】

医療機関名：医療法人社団福祉会高須クリニック東京院

住所：東京都港区赤坂二丁目 14 番 27 号 国際新赤坂ビル 12 階

電話：フリーダイヤル 0120-5587-10

同意書

医療機関名 医療法人社団福祉会高須クリニック東京院

院長 高須克彌 殿

私 _____ は、脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）
を受けるにあたって、

_____ から、脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）説明
書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しましたの
で、この治療を受けることに同意します。

- 1 脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）の内容
- 2 脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）の実施により予期される効果
及び危険
- 3 ほかの治療法の有無、内容及びほかの治療法により予期される効果及び危険と
の比較
- 4 脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）を受けることを拒否すること
は、任意であること。
- 5 脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）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 同意の撤回について
- 7 脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）を受ける患者様の個人情報の
保護について
- 8 脂肪組織由来幹細胞移植術（セリューション法）の実施にかかる費用について
- 9 連絡先

_____ 年 月 日

氏名 _____

住所 _____

*治療を受ける者が未成年者の場合、親権者が自筆署名又は記名押印してください。

親権者氏名 _____

住所 _____