

# 同意書

院長 殿

私は一般説明事項及び治療概要、手順、治療計画などを理解した上で、貴院にて以下の治療を行うことに同意します。

1. 多価樹状細胞ワクチン療法
  - a. 標準型を希望します(人工抗原 4 種までを使用)
  - b. 強化型を希望します(人工抗原 5 種以上適合する場合追加可能)  
※追加した人工抗原の実費が加算されます
2. 活性 NK 細胞療法
3. 活性 NK/NKT/ $\gamma$   $\delta$  T 細胞療法
4. アジュバント療法
5. 遺伝子マーカー検査(治療法の選択と治療の経緯をみるために行います。)

私は、上記 1、2、3 に関して、自身の都合により採血日より 2~3 週間以内に投与が受けられない場合、貴院に連絡をします。投与予定日に投与が受けられない場合や細胞の状態により、細胞の凍結保存にすることに同意し、解凍後の細胞の状態によっては当該免疫細胞が使用できなくなることに同意いたします。

私は上記の治療に当たり特定細胞加工物の製造及び治療方針のため、私の診療情報が医療法人社団博心厚生会に提供されることを同意します。

私は、採血した時点で費用が発生するため、採血後の返金は出来ないことに同意いたします。

2018 年 月 日

ご住所 \_\_\_\_\_

患者様(自署) \_\_\_\_\_ 印

代理人様(自署) \_\_\_\_\_ 関係( ) 印

代理人様住所 \_\_\_\_\_

代理人様電話番号  
号 \_\_\_\_\_

※患者様署名がある場合は、代理人様の記載は必要なし。

平成 年 月 日

私は患者様に免疫治療に関する一般事項及び治療概要等についてご説明いたしました。

説明医師名 \_\_\_\_\_

(免疫細胞療法)