

## 治療同意書

一般財団法人 健康医学協会  
粒子線がん相談クリニック院長 殿

私は医師 \_\_\_\_\_ より、本治療に関する説明資料を受取り、  
以下の説明を受けました。

- 初めに
- 提供する治療について
- 採血について
- 予期される治療効果及び起こるかもしれない不利益
- 他の治療法について
- 治療の拒否及び同意撤回について
- 記録および細胞の保管について
- 個人情報の保護について
- 費用について
- 患者相談窓口について

本治療を受けるにあたり、上記内容について十分な説明を受け、内容などを十分に  
理解いたしましたので、この治療を受けることに同意いたします。

(同意日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_