

治療同意書

虎の門中村康宏クリニック 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

[私が受ける免疫細胞療法]

- アルファ・ベータ細胞療法
- NK細胞療法

- 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： _____