

## 【新樹状細胞ワクチン治療を受けられる患者様へ】

新樹状細胞ワクチン治療は、がん細胞を攻撃するように他の細胞に働きかける役割を担う樹状細胞を用いた治療法です。患者様の血液から、目的の細胞を分離し、培養・活性化し体内へ投与します。患者様自身の細胞を用いますのでお体への負担が少ない療法です。

ただし、免疫活性化をしておりますので、軽度ではありますが、副作用が見られる場合があります。一般的にみられる症状としては、投与部の痒み・腫れ・皮膚の赤み・固くしこりのようになる事などがあります。痒み・腫れに関しましては、2～3日間続きます。他にも発熱、嘔気、筋肉痛、倦怠感、白斑などを引き起こすことも報告されておりますが、いずれも症状は軽度であり重い副作用ではありません。

また、ワクチン接種を継続して行う場合は、腫れや皮膚の赤みは増す傾向にあります。これらの副作用は、樹状細胞の投与によって、免疫が活性化している証明でもあり、免疫反応の重要な反応であると考えられます。

## 【新樹状細胞ワクチン投与を受けてから避けていただく事】

- ①投与患部を強くこすらないでください
- ②投与日に飲酒はおやめください
- ③コーヒーなどカフェインの強いものはお控えください
- ④投与日の入浴はお控えください(シャワー浴程度にしてください)
- ⑤抗がん剤(点滴)の同日投与はご遠慮ください  
(中1日以上あけての投与をお勧めいたします)
- ⑥無理な運動および、お疲れになるようなことはお避け下さい

新樹状細胞ワクチン

原本は当院が保管し、  
写しを本人に交付します

## 同意書

医療法人社団愛裕会 鈴木クリニック 院長 殿

1. 私は、貴院の免疫細胞治療（樹状細胞を用いた）、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) 投与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より3ヶ月間であること
  - (4) 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

㊞

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

㊞

本人との続柄

電話

保証人 住所

氏名

㊞

本人との続柄

電話

## 同意文書

医療法人社団愛裕会 鈴木クリニック 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 \_\_\_\_\_