

# 同意書

医療法人大雅会 ふくとみクリニック

理事長 福富 康夫 殿

私は骨髄幹細胞療法について、十分な説明を受けると共に質問をする機会を得ました。この説明により、この治療についてよく理解できましたので、骨髄幹細胞の保管及び治療の実施に同意します。

- 1、治療の内容
- 2、骨髄幹細胞の培養は、福富康夫の管理下、培養士が行なうこと
- 3、骨髄幹細胞療法を実施するまで、ふくとみクリニックが骨髄幹細胞を保管すること
- 4、治療により予測される効果のこと
- 5、肺塞栓等のあらゆる合併症が起りうる危険性の説明を受けたこと

なお、手術中に緊急処置・治療を行う必要が生じた場合には適宜処置を行なうことに同意します

- 6、他の治療方法の有無及び内容、その治療における効果及び危険性との比較の説明を受けたこと
- 7、約 1.0%の割合で発生する増殖不良時、再度の採血および骨髄採取をお願いすることがあること
- 8、治療を受けることは任意であること
- 9、治療を受けない又は同意を撤回することで不利益を受けないこと
- 10、個人情報の利用目的および個人情報に関する事項の説明を受けたこと、
- 11、治療にかかる費用に関すること

## 【説明を受けた者】

平成 年 月 日 午後 時 分

同意の場所: ふくとみクリニック 説明医師: 福富 康夫

患者氏名: \_\_\_\_\_ 印 (印鑑を所持していない場合、患者本人の署名のみでも可)

住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_ 携帯番号: \_\_\_\_\_

保証人①: \_\_\_\_\_ 印 (印鑑を所持していない場合、保証人本人の署名のみでも可)

(患者との続柄: \_\_\_\_\_ )

住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_ 携帯番号: \_\_\_\_\_

費用請求先 ( 患者本人 保証人① )

## 【担当医師(直接説明に当たった医師)】

医療法人大雅会 ふくとみクリニック 理事長 福富 康夫 \_\_\_\_\_ 印