

同意書兼治療申込書

医療法人 大雅会
ふくとみクリニック 殿

私はがん免疫細胞療法について、十分な説明を受けると共に質問する機会を得ました。この説明により、予定されている保管、施術さらに以下の事項についてよく理解できましたので、活性化自己リンパ球の保存及びがん免疫細胞療法の実施に同意いたします。

- 1、がん免疫細胞療法を実施するまで、自己リンパ球をふくとみクリニックで保管すること
- 2、不測の事態により培養および保存中の自己リンパ球が使用不能な場合再度の採血に応じること
- 3、発熱等の副作用について
- 4、治療にかかる費用に関する事
- 5、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
- 6、治療を受けることは任意であること
- 7、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
- 8、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

なお、施術中に緊急処置・治療を行う必要が生じた場合には適宜施行されることにも同意いたします。

【説明を受けた者】

平成 年 月 日 午前・午後 時 分

患者氏名： _____ 印（印鑑を所持していない場合署名のみでも可）

住所：〒 _____

電話： _____ 携帯電話： _____

保証人： _____ 印（印鑑を所持していない場合署名のみでも可）

住所：〒 _____

電話： _____ 携帯電話： _____