すずきクリニック 治療同意書

第3版　　作成日（2018/9/29）

すずきクリニック　院長　殿

私　　　　　　　　　　　　　は、以下の治療に関連し、すずきクリニック医師からの口頭での説明、及び同意説明文書においてその内容について十分理解し、同意致しますので、ここにすずきクリニックにおいて治療を受けることを希望します。

**■すずきクリニックで私が希望する治療**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望  する | 希望  しない | 項目 |
|  |  | 自己がん組織樹状細胞療法　（同意説明文書第　　版） |
|  |  | 人工抗原　樹状細胞療法　　（同意説明文書第　　版） |
|  |  | 局　所　　樹状細胞療法　　（同意説明文書第　　版） |
|  |  | 活性化リンパ球療法　　　　（同意説明文書第　　版） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**■医師からの説明または同意説明文書で理解した項目**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 理解  した | 理解  しない | 項目 |
|  |  | （上記治療は）いずれも治療効果及び延命効果が確立されていない新しい治療法であることについて |
|  |  | 治療の流れについて |
|  |  | 治療に対する効果について |
|  |  | 副作用等について |
|  |  | 医療費について |
|  |  | 本同意書において行った同意はいつでも本人の意思で撤回可能であることについて |
|  |  | 医学的に本療法を中止しなければならない場合があることについて |
|  |  | 治療を受ける方が未成年の場合について |

**■その他、すずきクリニックにおいて治療を開始するにあたり理解した項目**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 理解  した | 理解  しない | 項目 |
|  |  | 標準治療※3が日本においてもっともエビデンスの確立された治療であり、すずきクリニックの治療を行うにあたってはまずは標準治療を行うべきであることを理解しました。 |
|  |  | 医師からの口頭説明及び説明文書により、すずきクリニックの治療について十分理解しましたので、自己判断と自己責任においてすずきクリニックの治療（疾患適応外使用薬剤及び未承認薬を含む）を行うことを希望します。また、この希望が誰からも強制されたものではないことを確認いたします。 |
|  |  | 進行がん・末期がんの場合、すずきクリニックでの治療中にもかかわらず、病気の自然経過・進行速度によっては突然症状が悪化し、予定していた治療が遂行できないことがあることを十分理解した上で治療に臨みます。 |
|  |  | 健康時にはあまり問題にならない副作用も、進行がん・末期がんの場合、合併症・全身状態の低下等により、相対的に重篤になる可能性があることを十分理解した上で治療に臨みます。 |
|  |  | すずきクリニックは外来診療のみのため、入院対応・時間外及び休日対応は行っていないことについて理解したうえで治療に臨みます。 |
|  |  | すずきクリニックの治療を行う際には、病気の進行に伴い入院が必要になった場合の対応や急変時の対応等につき、予め主治医の了承を得た上で治療に臨むことに同意いたします。 |
|  |  | 進行がん・末期がんの場合、すずきクリニックで治療を開始する前、あるいは治療中に、病気の自然経過・進行による突然の症状の悪化等によって予定していた治療が遂行できない場合、または予期せぬ副作用などによって予定していた治療が遂行できない場合があります。その様な場合でも、治療費用は返金されないことに同意いたします（※細胞培養では最初に全ての量を作製するため、採血（成分採血含む）後は全額自己負担になります）。 |
|  |  | すずきクリニックにおける治療は自費診療であることを理解し、本療法及び本療法に伴った副作用に関する費用については、私が負担することに同意いたします。 |
|  |  | すずきクリニックの治療に伴う副作用、後遺症等については、他に通院している医療機関には責任がないことを確認いたします。 |
|  |  | 治療が遂行できなくなった場合、残った治療用細胞はすずきクリニックで破棄していただくことに同意いたします。 |
|  |  | 天災地変、火災、盗難などの事故に起因する事故についてすずきクリニックおよび仙台駅前アエルクリニックは何ら責任を負わないことについて同意いたします。 |

※1疾患適応外使用とは、国内承認薬を保険で定められた疾患以外に使用することをいいます。

※2未承認薬とは、海外で医薬品として承認されていますが日本では承認されていない薬剤をいいます。

※3標準治療とは、その時点で１番効果が高いと科学的に証明された治療法のことをいいます。

私は、医師　鈴木　裕之　より、本治療に関する十分な説明を受け、上記の事項を十分理解した上で治療を希望します。

平成　　　年　　　月　　　日

　　（患者）　　　　　　　　　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

緊急連絡先℡　　　　　-　　　　　-

（家族またはそれに準ずる者）住所

御本人との続柄：

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

緊急連絡先℡　　　　　-　　　　　-

（家族またはそれに準ずる者）住所

御本人との続柄：

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

緊急連絡先℡　　　　　-　　　　　-

　――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

（確認医師） 住所　秋田市泉北三丁目17-10

電話:018-838-6500　　FAX:018-838-6522

すずきクリニック

　　 氏名　　　　　　院長　　鈴木　裕之　　　　 印

※ご自身のハンコでの捺印をお願いいたします。

※訂正箇所には、必ず二重線を引き訂正印を押してください。