

## 樹状細胞とリンパ球系細胞の共培養細胞による がん免疫細胞療法実施の同意文書



1. 私は、共培養細胞療法を開始するにあたり、別紙「樹状細胞とリンパ球系細胞の共培養細胞によるがん免疫細胞療法について」（以下、説明書と略します）に基づき、担当する医師からの説明を受けました。

はい

いいえ

2. 私は、これから受けようとしている共培養細胞療法について、その内容・治療日程などについて理解しました。（説明書項目 1、2）

はい

いいえ

3. 私は、共培養細胞療法にかかる費用について、樹状細胞療法とリンパ球系の細胞を用いた免疫細胞療法を合わせた治療費がかかること、細胞の注入に至らなかった場合でも準備に取り掛かっている細胞の費用を支払うことを理解しました。（説明書項目 3）

はい

いいえ

4. 共培養細胞療法を行うにあたって、同意の撤回や個人情報の保護など説明の一部が樹状細胞療法の説明の内容に準ずることを理解しました。（説明書項目 4）

はい

いいえ

私は、以上の内容を理解した上で、共培養細胞療法を用いた治療を開始することに同意いたします。

患者様 御名前 または ご家族様 御名前（患者様との関係）

---

平成 年 月 日

私は、別紙「樹状細胞とリンパ球系細胞の共培養細胞によるがん免疫細胞療法について」に基づき、患者さまに共培養細胞療法を用いた治療について説明いたしました。

担当医師名

---

平成 年 月 日