

# 同意書

澁谷在宅クリニック 院長 殿

私は一般説明事項及び治療概要、手順、治療計画などを理解した上で、澁谷在宅クリニックにて以下の治療を行うことに同意します。

1. ABeVax®(新樹状細胞)療法
  - a. 標準型を希望します(人工抗原 4 種までを使用)
  - b. 強化型を希望します(人工抗原 5 種以上適合する場合追加可能)  
※追加した人工抗原の実費が加算されます
2. 新活性 NK 細胞療法
3. 活性 NK/NKT/ $\gamma$   $\delta$  T 細胞療法
4. アジュバント療法
5. 免疫増強療法
  - a. ピシバニール注射
  - b. オンコ・ハイパーサーミア(深部温熱療法)
  - c. バイオマット(全身温熱療法)
  - d. 高濃度ビタミンC点滴療法
6. 遺伝子マーカー検査(治療法の選択と治療の経緯をみるために行います。)

私は、上記 1、2、3 に関して、自身の都合により採血日より 2~3 週間以内に投与が受けられない場合、貴院に連絡をします。上記期間内に投与が受けられない場合、細胞の状態によっては当該免疫細胞が破棄となることに同意いたします。

私は、採血した時点で費用が発生するため、採血後の返金は出来ないことに同意いたします。

平成\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

ご住所 \_\_\_\_\_

患者様(自署) \_\_\_\_\_ 印

代理人様(自署) \_\_\_\_\_ 関係( ) 印

代理人様住所 \_\_\_\_\_

代理人様電話番号 \_\_\_\_\_

※患者様署名がある場合は、代理人様の記載は必要なし。

平成\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

私は患者様に免疫治療に関する一般事項及び治療概要等についてご説明いたしました。

説明医師名 \_\_\_\_\_