

同意書

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、貴院にて以下の治療を行うことに同意します。

1. Abe Vax 療法

- ① 標準型を希望します(人工抗原4種までを使用)
- ② 強化型を希望します(人工抗原5種以上適合する場合に追加可能)
(注) 追加したペプチドの実費が加算されます

2. 新 NK 細胞療法

3. NK/NKT/ γ δ T 細胞療法

4. アジュバント療法

なお上記1～3に関しては投与可能期間終了日から3ヶ月以内にご連絡がない場合、自動的に破棄します。また採血の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します。

平成 年 月 日

ご住所

患者様氏名 (自署)

印

代諾者氏名 (自署)

ご関係 ()

印

代諾者住所

代諾者電話番号 () -

(注) 患者様署名がある場合は、代諾者の記載不要

私は患者様 (代諾者) に免疫治療に関する一般事項及び治療概要等について説明致しました。

医療法人社団かいしん会 ますなが医院
(説明医師名)