

患者さん用

整理番号：_____

2016 年 月 日 Ver. No. _____

同意書

聖マリアンナ医科大学病院 病院長殿

治療名：多血小板血漿による頭髪改善治療

<説明事項>

1. この治療を受けるかどうかは自由意思でいつでも撤回でき、そのために不利益は受けないこと
2. あなたから採取された生体材料(血液)を無償提供していただくこと
3. あなたから採取された生体材料(血液)はこの治療に必要な検査や治療のための加工作業以外の目的で使用されないこと
4. この治療の目的について
5. この治療の方法と治療期間について
6. 治療が中止される場合について
7. 予測される利益(効果)と不利益(副作用)について
8. 他の治療について
9. この治療の結果が公表される場合における個人情報の保護について
10. あなたの費用負担について
11. 担当医師、相談窓口について

【患者さんの署名欄】

私はこの治療を受けるにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本治療を受けることに同意します。

同意日：平成 年 月 日

患者氏名：_____ (自署)

【代諾者の署名欄】(必要な場合のみ)

私は_____さんが、この治療を受けるにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解しましたので、本治療を受けることに同意します。

同意日：平成 年 月 日

代諾者氏名：_____ (自署)

【説明者の署名欄】

私は、上記患者さんに、この治療について十分に説明いたしました。

説明日：平成 年 月 日

所属：_____ (自署)

氏名：_____ (自署)