

治療同意書

医療法人社団 医創会 セレンクリニック
院長 殿

私は「活性化リンパ球療法」について、以下の説明を受けました。

- ・ 治療の内容について
- ・ 従来のがん治療と活性化リンパ球療法について
- ・ 治療の流れについて
- ・ 治療に対する効果について（予測される臨床上の利益）
- ・ 副作用および不利益について
- ・ 費用について
- ・ 個人情報について
- ・ 補償について
- ・ 知的財産権について
- ・ 利益相反について
- ・ 免責事項について
- ・ その他の確認事項について
- ・ 担当医師および健康被害が発生した場合の連絡先
- ・ 治療終了後の活性化リンパ球等の処分について

治療終了後（最終治療日より5年経過後を含む）、私の活性化リンパ球等は、医療用廃棄物として適切に破棄することに同意します。

- ・ 個人情報の使用について
（免疫細胞療法等の研究開発・認知・普及のための情報の使用に関する同意）
以下の情報、並びに採取された生体試料（末梢血等）を個人情報に十分配慮したうえで使用することを同意します。

<使用する情報>

(a) 年齢 (b) 性別 (c) 病名（診断名、病期分類）(d) 既往歴（従来 of 疾患歴）(e) 治療、投薬および手術歴等、並びにその内容 (f) 血液および画像所見 (g) 病理所見

<情報の使用目的>

(a) 学会・論文等における発表 (b) 学術支援活動並びに免疫細胞療法等の啓発活動 (c) 症例検討会（院内のみならず院外の医師、看護師等を行う症例情報に関する検討会を含みます）
(d) ホームページにおける掲載 (e) 患者様向けセミナー

上記に関する説明を十分理解したうえで、本療法を希望いたします。なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 _____年 月 日

患者様

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

ご家族様またはそれに準ずる者

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

上記の内容について私が説明をし、同意されたことを確認します。

説明年月日 _____年 月 日

医療法人社団 医創会 セレンクリニック

同意取得医師 _____