治 療 同 意 書

ライフクリニック蓼科　院長　殿

私は医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿より、本治療に関する説明資料を受取り、以下の説明を受けました。

□　初めに
□　提供する治療について

[私が受ける免疫細胞療法]
□　アルファ・ベータ細胞療法
□　NK 細胞療法
□　樹状細胞ワクチン療法

□　採血について
□　予期される治療効果及び起こるかもしれない不利益
□　他の治療法について
□　治療の拒否及び同意撤回について
□　記録および細胞の保管について
□　個人情報の保護について
□　費用について
□　患者相談窓口について

本治療を受けるにあたり、上記内容について十分な説明を受け、内容などを十分に理解いたしましたので、この治療を受けることに同意いたします。

（同意日）　　年　　月　　日

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者；続柄（　　）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿