

## 同意文書

医療法人社団聖友会

内藤メディカルクリニック院長 殿

- 1 提供される再生医療等の内容
- 2 当該再生医療等の実施により予期される効果及び危険
- 3 他の治療法の有無、内容、他の治療法により予期される効果及び危険との比較
- 4 再生医療等を受けることを拒否することは任意であること。
- 5 当該細胞を受けることを拒否すること又は同意を撤回することにより不利益な取扱いを受けないこと。
- 6 同意の撤回に関する事項  
提供された細胞について、血液採取してから2時間後までは同意の撤回をする機会が確保されていること。
- 7 再生医療等を受ける者の個人情報の保護に関する事項
- 8 当該再生医療等の実施に係る費用に関する事項
- 9 その他当該再生医療等の提供に関し必要な事項  
当該治療から得られた治療成果については、細胞提供者について個人が特定されない形で学会等において公開される可能性があること。

説明日： 年 月 日

説明者： \_\_\_\_\_

説明補助者： \_\_\_\_\_

上記各項目について、担当医師より同意説明文書を受け取り説明を受け、その内容を理解しましたので、同意します。

同意日： 年 月 日

同意者署名： \_\_\_\_\_

代諾者署名： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_