**治 療 同 意 書**

**第１版（2019年 03 月 18日作成）**

医療法人社団禮聖会 トリニティクリニック福岡

院長 梁 昌煕 殿

私は「自家脂肪由来間葉系幹細胞を用いた変形性膝関節症の治療 第　　版　説明文書」を用いて、下記の説明を十分理解したうえで、治療を希望いたします。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。

* 治療の内容について
* 従来の変形性膝関節症に対する治療法と自家脂肪由来間葉系幹細胞を用いた治療について
* 治療の流れについて
* 治療に対する効果（予想される臨床上の利益）について
* 副作用および不利益について
* 費用について
* 治療の同意について
* 個人情報の保護について
* 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
* 確認事項について
* 治療終了後の自家脂肪由来間葉系幹細胞などの処分および保管について
* 担当医師および健康被害が発生した場合の連絡先について

医療法人社団禮聖会 トリニティクリニック福岡　院長　梁 昌煕

住所：〒８１０－０８０１　福岡市博多区中洲5-2-3 松居壱番館7階

電話番号：０９２-２７３-０５２１

受付時間： ９：００～１８：００　（火～土曜日：祭日を除く）

以上

患者さん　　　　　　　　　　　　　　　同意年月日 　　　　　年　　　　月　　　　日

ご氏名

ご住所

ご連絡先

上記の内容について、同意されたことを確認します。

同意確認年月日 　　　　年　　　月　　　日

医療法人社団禮聖会 トリニティクリニック福岡　同意確認医師