

治療同意書

医療法人社団 医創会 セレンクリニック東京

担当医師 殿

私は「腫瘍浸潤リンパ球療法」について、以下の説明を受けました。

- 治療の内容について
- 従来のがん治療と腫瘍浸潤リンパ球療法について
- 治療の流れ
- 治療に対する効果(予測される臨床上の利益)
- 副作用及び不利益について
- 費用について
- 本療法を受けられる方が未成年の場合
- 免責事項
- その他の確認事項
- 本療法を担当する医師及び健康被害が発生した場合の連絡先
- 検体および生体試料等の処分について
治療が遂行できなくなった場合、私に由来する検体および生体試料や残った腫瘍浸潤リンパ球は、貴院が任意に、管理・利用・処分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（がん組織等）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、投薬及び手術歴等、並びにその内容 (f)血液及び画像所見 (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、看護師と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 _____ 続柄 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

上記の治療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
東京

同意取得医師 _____