

5 再生医療等を受ける者に対する説明文書及び同意文書の様式

次頁に記載

治療提案書

医療法人社団HELENE表参道へレネクリニック
東京都港区南青山5-9-1 5 青山OHMOTOビル3F
Tel 03-3400-2277

担当医： 松岡未来 歯科医師

治療内容： 骨吸収性歯科疾患に対する幹細胞注入充填療法
細胞数： 1億

目的：骨吸収性歯科疾患に対する幹細胞注入もしくは充填し、歯槽骨の再生を促す

細胞採取日： 年 月 日
幹細胞投与日： 年 月 日

治療代金：42,000円（税込）～ 593,500円（税込）

培養費：400,000円（税込）～ 500,000円（税込）

※コーディネイト業者によって異なります。紹介料に関しましては各業者様へお問合せ下さい。

支払方法：現金、銀行振込、クレジットカード

備考：同意書内条項の転記

6 本再生医療の実施拒否・同意撤回について：どの段階でも本再生医療を拒否もしくは同意を撤回する事が可能です。但し、細胞培養まですでに終わっている場合には、施術代金の返金には応じません。

7 本再生医療を受ける事を拒否した場合、もしくは同意を撤回した場合には不利益な取り扱いは受けません。但し施術代金返金などについては前項をお読みください。

同意撤回書

医療法人社団HELENE 表参道ヘレネクリニック 院長 殿

治療名：骨吸収性歯科疾患に対する幹細胞注入充填療法

【患者様署名欄】

私は上記治療に同意しておりましたが、この度、自らの意思により前回の同意を撤回することいたします。

撤回日：西暦 年 月 日

患者氏名： (自署)

【医師署名欄】

私は上記患者が、治療を撤回したことを確認しました。

確認日：西暦 年 月 日

氏名： (自署)