

活性化 T リンパ球療法 治療同意書

医療法人 大手町クリニック 御中

私、_____は、活性化 T リンパ球療法につきまして、貴院の医師より同意説明文書の内容及び当該療法について、すべての説明を受け、内容を理解いたしましたので、貴院において当該療法に基づく治療を受けることを希望いたします。

また同意説明文書と、署名した同意書の写しを受け取りました。

同意説明文書の以下の内容について、同意する内容に☑を入れてください。

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1、治療効果について | <input type="checkbox"/> 6、未成年の患者様について |
| <input type="checkbox"/> 2、治療の流れについて | <input type="checkbox"/> 7、追跡調査のご協力をお願い |
| <input type="checkbox"/> 3、副作用等について | <input type="checkbox"/> 8、免責事項 |
| <input type="checkbox"/> 4、治療費について | <input type="checkbox"/> 9、個人情報の取り扱いについて |
| <input type="checkbox"/> 5、治療の中止について | <input type="checkbox"/> 10、その他の確認事項 |

以下の内容について、同意する内容に☑を入れてください。

- 進行がん・末期がんの患者の場合、病気の自然経過・進行速度によっては突然症状が悪化し、貴院で予定していた治療が継続できず、中止することがあることを了承した上で、治療に臨みます。
- 貴院での治療の副作用は、進行がん・末期がんの患者の場合、全身状態の低下等により相対的に重篤になる可能性があることを、了承した上で治療に臨みます。
- 治療が継続出来なくなった場合、残った治療用細胞は貴院で処分されることに同意いたします。

平成 年 月 日

(患者様氏名) 氏名 _____ 印

(説明に立ち会われた方の氏名) 氏名 _____ 印

患者様との続柄 _____

※必ずご自身による署名捺印をお願いいたします。

患者が未成年の場合、署名、判断が困難な場合は下記に記入してください。(患者が未成年の場合は、原則として親権者の署名が必要です。)

(代理人署名) 氏名 _____ 印

患者様との続柄 _____

(代理人署名) 氏名 _____ 印

患者様との続柄 _____

※必ずご自身による署名捺印をお願いいたします。

(確認医師名) 医療法人 大手町クリニック

氏名 _____ 印