

治療同意書

(治療を受ける方用)

セネジェニッククリニック東京
院長 殿

私は、「悪性腫瘍に対する活性化リンパ球療法」について、「悪性腫瘍に対する活性化リンパ球細胞療法 説明同意文書（第2版）」を受け取り、その内容について説明を受けました。本治療の内容を十分に理解しましたので、治療に必要な細胞を提供することについて同意いたします。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

◆患者様ご本人

ご氏名：署名 _____

ご住所： _____

◆代諾者（ご家族様またはそれに準ずる方）

ご氏名：署名 _____ 患者様からみた続柄 _____

ご住所： _____

◇上記の内容について私が説明をし、同意されたことを確認しました。

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

セネジェニッククリニック東京

同意取得医師 _____

同意書撤回書

セネジェニッククリニック東京

担当医師 殿

私は「活性化リンパ球療法」を受けることについて同意しておりましたが、同意を撤回いたします。

同意撤回年月日 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方

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

私が同意撤回されたことを確認しました。

確認年月日 年 月 日

セネジェニッククリニック東京

担当医師 _____