

## 同意書

医療法人社団医進会 小田クリニック 殿

治療名：脂肪由来間葉系幹細胞を用いた認知症性疾患の治療

- 本治療の目的及び方法について
- 予測される効果及び予測される患者様に対する不利益
- 当該疾患に対する他の治療方法の有無とその内容
- 治療にかかる費用について
- 治療をいつでも同意撤回ができる旨
- 同意撤回をすることにより不利益な扱いを受けない旨
- 個人情報の保護に関する説明
- 健康被害が発生した場合に必要な治療が行われる旨

上記の再生医療等の提供について説明しました。

説明年月日      年      月      日

説明医師      \_\_\_\_\_

説明補助者      \_\_\_\_\_

上記に関する説明を十分に理解した上で、再生医療等の提供を受ける事に同意します。

また、この同意はいつでも撤回出来る事を確認しています。

同意年月日      年      月      日

患者様署名      \_\_\_\_\_

代諾者署名      \_\_\_\_\_ (続柄      )

患者様と代諾者の関係について

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 同意撤回書

医療法人社団医進会 小田クリニック 殿

私は再生医療等【自己脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた認知症性疾患の治療】  
を受ける事について同意いたしましたが、この同意を撤回します。

同意撤回年月日      年      月      日

患者様署名 \_\_\_\_\_

代諾者署名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)