

# アルブミン製剤使用における同意書

院長 殿

私 \_\_\_\_\_ は、ヒト由来のアルブミン製剤について十分な説明を受け、使用することに同意いたします。

- ヒト由来のアルブミン製剤には未知の感染症を含む可能性があること（高温で長時間、滅菌されるなど様々な対策が施されています。1940年代から世界で使用されていますが、今日までウイルスに感染したという報告はありません）。
- ヒト由来のアルブミン製剤の使用には、アレルギーによる副作用が起こり得ること。ショック、アナフィラキシー様症状、発熱、顔面紅潮、じんましん、呼吸困難、血圧低下など。
- ヒト由来のアルブミン製剤の副作用として健康被害を受けた方への救済を図るための生物由来製品感染等被害救済制度が存在するが、樹状細胞ワクチン療法もしくは樹状細胞を用いたNKT細胞標的治療（DC-NKT療法）、活性化リンパ球療法、ナチュラルキラー細胞療法に伴う場合は、この制度の対象とならないこと。
- その他  
( \_\_\_\_\_ )

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様

ご氏名 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

ご家族様またはそれに準ずる者

ご氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

ご住所 \_\_\_\_\_

元麻布ヒルズメディカルクリニック  
〒106-0046 東京都港区元麻布1丁目3-3  
元麻布ヒルズフォレストテラスウエスト地下1階

同意取得医師 \_\_\_\_\_