

## 同意書

東京ひざクリニック銀座院

院長 中村匠 殿

私は再生医療等（名称「自家培養脂肪由来幹細胞を用いた変形性関節症治療」）の提供を受けることについて、「再生医療等提供のご説明」に沿って以下の説明を受けました。

- 再生医療等の目的及び内容について
- 再生医療等に用いる細胞について
- 治療の流れについて
- 細胞の保管方法及び廃棄について
- 再生医療等を受けることによる効果、危険について
- 他の治療法について
- 健康・遺伝的特徴等の重要な知見が得られた場合の取り扱いについて
- 再生医療等にて得られた試料について
- 特許権、著作権、その他の財産権又は経済的利益の帰属
- 再生医療等を受けることを拒否することができること
- 再生医療等を受けることの拒否、同意の撤回により、不利益な扱いを受けないこと
- 同意の撤回について
- 健康被害に対する補償について
- 個人情報の保護について
- 診療記録の保管について
- 費用について
- その他特記事項
- 本治療の実施体制について
- 治療等に関する問合せ先
- 本再生医療治療計画を審査した委員会

上記の再生医療等の提供について私が説明をしました。

説明年月日 年 月 日 説明担当者： \_\_\_\_\_

上記に関する説明を十分理解した上で、再生医療等の提供を受けることに同意します。なお、この同意は治療を受けるまでの間であれば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 患者様ご署名： \_\_\_\_\_

代筆者名 : \_\_\_\_\_

本人との関係： \_\_\_\_\_

※患者様本人が身体的な理由で署名できない場合のみ、  
本人の同意を得て代筆してください。

## 同意撤回書

東京ひざクリニック銀座院  
院長 中村匠 殿

私は再生医療等（名称「自家培養脂肪由来幹細胞を用いた変形性関節症治療」）の提供を受けることについて同意いたしましたが、この同意を撤回いたします。

なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存はありません。

同意撤回年月日      年      月      日

患者様ご署名： \_\_\_\_\_

代筆者名      : \_\_\_\_\_

本人との関係： \_\_\_\_\_

※患者様本人が身体的な理由で署名できない場合のみ、  
本人の同意を得て代筆してください。