

# 治療同意書

(治療を受ける方用)

元麻布ヒルズメディカルクリニック  
院長 殿

私は「先制樹状細胞ワクチン療法」について、以下の説明を受けました。

- ・ 治療の内容について（人工抗原）
- ・ 従来の免疫治療と先制樹状細胞ワクチン療法について
- ・ 治療の流れについて
- ・ 治療に対する効果（予測される臨床上の利益）について
- ・ 副作用および不利益について
- ・ 費用について
- ・ 治療を受ける方が未成年の場合について
- ・ 個人情報の保護について
- ・ 治療終了後の樹状細胞ワクチン等の処分について・・・□処分に同意します。
- ・ 補償について
- ・ 知的財産権について
- ・ 利益相反について
- ・ 免責事項について
- ・ 確認事項について
- ・ 担当医師および健康被害が発生した場合の連絡先
- ・ 他の治療法の有無及び内容並びに他の治療法により予期される利益及び不利益との比較
  
- ・ 個人情報の使用について  
（免疫細胞療法等の研究開発・認知・普及のための情報の使用に関する同意）  
以下の情報、並びに採取された生体試料（末梢血、がん組織等）を個人情報に十分配慮したうえで使用することに同意します。  
＜使用する情報＞  
（a）年齢 （b）性別 （c）病名（診断名、病期分類）（d）既往歴（従来の疾患歴）（e）治療、投薬および手術歴等、並びにその内容 （f）血液および画像所見 （g）病理所見  
＜情報の使用目的＞  
（a）学会・論文等における発表 （b）学術支援活動並びに免疫細胞療法等の啓発活動（c）症例検討会（院内のみならず院外の医師、看護師等と行う症例情報に関する検討会を含みます）（d）ホームページにおける掲載 （e）患者様向けセミナー

上記に関する説明を十分理解したうえで、治療を受けることを希望いたします。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

元麻布ヒルズメディカルクリニック

同意取得医師 \_\_\_\_\_