

自己樹状細胞ワクチン療法治療同意書

健康増進クリニック 水上 治 院長殿

説明を受けた項目をチェックして下さい

- ☐ 1. 免疫細胞治療とは
- ☐ 2. 自己樹状細胞標的ワクチン療法とは
- ☐ 3. 当院での治療、及びアフターケアについて
- ☐ 4. 他の治療との関係について
- ☐ 5. 治療の中止について
- ☐ 6. 治療後の調査について
- ☐ 7. 個人情報の保護について
- ☐ 8. 細胞サンプルの保管について
- ☐ 9. 治療の問合せについて
- ☐ 10. 費用について
- ☐ 11. 治療による健康被害の補償について
- ☐ 12. その他の確認事項
- ☐ 13. 治療計画の審査について
- ☐ 14. 治療が遂行できなくなった場合、残った治療用細胞は健康増進クリニックの責任の元、
破棄していただくことに同意いたします

私は、健康増進クリニック院長からの口頭での説明、及び同意説明文書においてその内容について十分理解し同意致しますので、ここに、健康増進クリニックにおいて治療を受けることを希望します。

年 月 日

患者（自署）

住所

氏名

緊急連絡先 Tel - -
(ご本人以外)

氏名：

続柄：

(確認医師) 住所 東京都千代田区九段南 4-8-21 山脇ビル 5 階
電話: 03-3237-1777 FAX: 03-3237-1778
健康増進クリニック院長 水上 治