

同意書

幹細胞クリニック東京

管理者 橘じゅん 殿

治療名：脂肪由来間葉系幹細胞を用いたアトピー性皮膚炎の治療

- ☐ 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 _____

同意撤回書

幹細胞クリニック東京
管理者 橘じゅん 殿

私は再生医療等【自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いたアトピー性皮膚炎の治療】
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 _____