

治療同意書

(治療を受ける方用)

医療法人社団福至会 SPES CLINIC TOKYO BAY 晴海中央医院
院長 殿

私は「自家成熟樹状細胞を用いた悪性腫瘍に対する免疫療法」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・局所注入）
- ・ 従来のがん治療と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

- ・ 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 of 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

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

医療法人社団福至会 SPES CLINIC TOKYO BAY 晴海中央医院

同意取得医師 _____

同意書撤回書

医療法人社団福至会 SPES CLINIC TOKYO BAY 晴海中央医院
担当医師 殿

私は「自家成熟樹状細胞を用いた悪性腫瘍に対する免疫療法」を受けることについて同意しておりましたが、同意を撤回いたします。

同意撤回年月日 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： _____

私が同意撤回されたことを確認しました。

確認年月日 年 月 日

医療法人社団福至会 SPES CLINIC TOKYO BAY 晴海中央医院

担当医師 _____