

治 療 同 意 書

Ginza Phoenix Clinic 院長 殿

再生医療等の名称「がんに対する成熟自己樹状細胞(DC)療法－皮内投与」

私は医師より、本治療に関する説明資料を受け取り、以下の説明を受けました。

- 初めに
- 提供する治療について
- 採血について
- 投与方法について
- 予期される利益及び起こるかもしれない不利益
- 健康被害が発生した場合の補償について
- 他の治療法について
- 治療の拒否及び同意撤回について
- 記録および細胞の保管について
- 個人情報の保護について
- 費用について
- 認定再生医療等委員会について
- 再生医療等を行う医療機関の情報
- 本治療に関する連絡先・相談窓口について

本治療を受けるにあたり、上記内容について十分な説明を受け、内容などを十分に理解いたしましたので、この治療を受けることに同意します。

(同意日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名： _____

代諾者；続柄（ _____ ）： _____

同意書撤回書

Ginza Phoenix Clinic 院長 殿

私は「がんに対する成熟樹状細胞（DC）療法－皮内投与」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

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

・ ご家族様またはそれに準ずる方

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

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

担当医師 _____