

治療同意書

＜細胞提供者・再生医療等を置ける者用＞第1版

(2026年07月00日作成)

医療法人社団くどうちあき脳神経外科クリニック

理事長・院長 工藤 千秋 殿

私は「自家脂肪由来間葉系幹細胞を用いたアルツハイマー病の治療 第1版 説明文書」を用いて、下記の説明を十分理解したうえで、治療を希望いたします。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。

- ☐ 治療の内容について
- ☐ 従来のアルツハイマー病に対する治療法と自家脂肪由来間葉系幹細胞を用いた治療について
- ☐ 治療の流れについて
- ☐ 治療に対する効果（予想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
- ☐ 治療の同意について
- ☐ 個人情報の保護について
- ☐ 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
- ☐ 治療終了後の自家脂肪由来間葉系幹細胞などの処分および保管について
- ☐ 本治療の審議を行う特定認定再生医療等委員会について
- ☐ 本治療に関する苦情およびお問い合わせがある場合について

住所：東京都大田区大森北 1-23-10

電話番号：03-5767-0226

受付時間：月・水・木・金：9:30～12:00、16:00～17:45

第2・4土曜日：9:30～12:00 15:00～17:00

以上

患者さん 同意年月日 ____年 ____月 ____日

ご氏名

ご住所

ご連絡先

上記の内容について、同意されたことを確認します。

同意確認年月日 ____年 ____月 ____日

医療法人社団くどうちあき脳神経外科クリニック 同意確認医師 _____