

## 同意書(細胞採取・細胞提供者)

医師

殿

私は再生医療等（名称「悪性腫瘍の予防に対する自家 NK 細胞療法」）の提供を受けることについて、「再生医療等提供のご説明」に沿って以下の説明を受けました。

- ・ 治療法の概要について
- ・ 治療の予測される効果と起こるかもしれない副作用について
- ・ 他の治療法の有無及びこの治療法との比較
- ・ ヒト血清アルブミン製剤が添加されている事の目的と起りえる副作用について
- ・ 免疫チェックポイント阻害薬を併用している場合の副作用について
- ・ この治療は患者様の意思で受けるか否かは任意であること
- ・ この治療を受けないこと、または同意を撤回することにより不利益な取扱いを受けないこと
- ・ 同意の撤回方法について
- ・ この治療を中止する場合があること
- ・ 他の治療との併用について
- ・ 個人情報の保護について
- ・ この治療の費用について
- ・ いつでも相談できることについて
- ・ 細胞の保管期間終了後の取り扱いについて
- ・ 患者様から採取された試料等について
- ・ 当該細胞の提供や再生医療治療時よる健康被害に対する補償に関して
- ・ 当該細胞を用いる再生医療等に係る特許権、著作権その他の財産権又は経済的利益の帰属に関すること
- ・ 認定再生医療等委員会について

上記の再生医療等の提供について私が説明をしました。

説明年月日                      年              月              日  
説明担当者

上記に関する説明を十分理解した上で、再生医療等の提供を受けることに同意します。  
なお、この同意は\_\_\_\_\_までの間であれば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

患者様ご署名 \_\_\_\_\_

代諾者（署名または記名捺印） \_\_\_\_\_ (印)

連絡先 \_\_\_\_\_

患者様との関係 \_\_\_\_\_ 生年月日：        年        月        日生

## 同意書(再生医療治療)

医師

殿

私は再生医療等（名称「悪性腫瘍の予防に対する自家 NK 細胞療法」）の提供を受けることについて、「再生医療等提供のご説明」に沿って以下の説明を受けました。

- ・ 治療法の概要について
- ・ 治療の予測される効果と起こるかもしれない副作用について
- ・ 他の治療法の有無及びこの治療法との比較
- ・ ヒト血清アルブミン製剤が添加されている事の目的と起りえる副作用について
- ・ 免疫チェックポイント阻害薬を併用している場合の副作用について
- ・ この治療は患者様の意思で受けるか否かは任意であること
- ・ この治療を受けないこと、または同意を撤回することにより不利益な取扱いを受けないこと
- ・ 同意の撤回方法について
- ・ この治療を中止する場合があること
- ・ 他の治療との併用について
- ・ 個人情報の保護について
- ・ この治療の費用について
- ・ いつでも相談できることについて
- ・ 細胞の保管期間終了後の取り扱いについて
- ・ 患者様から採取された試料等について
- ・ 当該細胞の提供や再生医療治療時よる健康被害に対する補償に関して
- ・ 当該細胞を用いる再生医療等に係る特許権、著作権その他の財産権又は経済的利益の帰属に関すること
- ・ 認定再生医療等委員会について

上記の再生医療等の提供について私が説明をしました。

説明年月日                      年                      月                      日  
説明担当者

上記に関する説明を十分理解した上で、再生医療等の提供を受けることに同意します。  
なお、この同意は\_\_\_\_\_までの間であれば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

患者様ご署名 \_\_\_\_\_

代諾者（署名または記名捺印） \_\_\_\_\_ ⑩

連絡先 \_\_\_\_\_

患者様との関係 \_\_\_\_\_ 生年月日：                      年                      月                      日生

## 同意撤回書

医師

殿

私は再生医療等（名称「悪性腫瘍の予防に対する自家NK細胞療法」）の提供を受けることについて同意いたしました。この同意を撤回いたします。  
なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存はありません。

撤回年月日            年            月            日

患者様ご署名

---

代諾者（署名または記名捺印）

---

⑩