同 意 書

私は、悪性腫瘍に対する自家樹状細胞ワクチン療法の実施に際し、同治療に関する説明を担当医師から受け、下記の点を確認した上で、治療を受けることに同意いたします。

1 本療法は、再生医療等の安全性の確保等に関する法律に基づき必要な手続きを完了していること
2 治療の目的と内容
3 治療の実施方法と用いる細胞について
4 予想される利益および不利益、可能性のある副作用について
5 他の治療法との比較について
6 本治療を受けること、また拒否することは任意であること
7 本治療に一旦同意をいただいた場合であっても、いつでも同意を撤回できること
また、撤回することで不利益な取り扱いを受けないこと
8 治療のやり直しおよび中止について
9 個人情報の保護、および細胞培養加工施設との治療情報の共有について
10 試料等の取り扱いについて
11 治療の実施に係る費用に関して
12 お問合せおよび苦情への対応について
13 受ける治療の結果について、名前などの個人情報はふせたうえで、治療効果の基礎資料として使用する可能性があること

また、本書を提出し、その写しを重要事項説明書とともに受け取りました。

同意日: 年 月 日

本人署名 氏名

(ご本人が署名や理解が困難な場合)

同意日: 年 月 日

代諾者署名 氏名 (続柄:)

本治療に関する説明を行い、自由意志による同意が得られたことを確認します。

説明日: 年 月 日

担当医師署名

あつたモール総合クリニック

氏名