

同意書

ほしやま整形外科医院
院長 星山 芳亮 殿

治療名：自己脂肪由来幹細胞を用いた変形性膝関節症への治療

<説明事項>

1. 患者様の受ける再生医療を用いた治療の名称と、この再生医療については厚生労働大臣に再生医療等提供計画が提出されていること
2. 治療を受ける医療機関の名称と細胞の採取と治療を行う医師の氏名
3. 患者様から採取する細胞及びその使い方
4. 患者様ご自身の細胞のみを使用すること（選定される細胞提供者はご自身であること）
5. 細胞の採取や治療に伴い予期される危険及び不利益
6. この治療を受けることは任意であること
7. 治療を受けることに対する同意の撤回に関すること
8. 治療を受けることに対する同意を行わないこと又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
9. 個人情報の保護に関すること
10. 細胞の保管及び廃棄の方法
11. この治療に関する特許権、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
12. 苦情及び問合せへの対応窓口
13. この治療に係る費用に関すること

費用負担額 ￥ _____ (税抜)

* 標準的な治療費用。治療内容により費用が変動いたします。施術する前に詳細な説明をいたしますので、ご納得いただいた上で施術いただきますようお願い申し上げます。

14. 他の治療法の有無及び内容並びに他の治療法により予期される利益及び不利益との比較
15. この治療を受けることによる健康被害に対する補償に関すること
16. この治療に関する計画は特定認定再生医療等委員会で審査されていること、またその特定再生医療等委員会の情報

【患者さんの署名欄】

私はこの治療を受けるにあたり、上記の事項について「患者様へ 治療名：自己脂肪由来幹細胞を用いた変形性膝関節症への治療、同意説明文書 Ver.1」を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本治療を受けることに同意します。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名： _____ (自署又は印)

※患者様の判断能力が無いなど身体的理由により自署出来ない場合は、
 最も近い親族を代諾者として次に記入してください。

代諾者： _____ 続柄 _____ (自署又は印)

【説明者の署名欄】

私は、上記患者様に、この治療について十分に説明いたしました。

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属： ほしやま整形外科医院

氏名： _____ (自署又は印)