

치 료 동 의 서

<세포 제공자·재생의료등을 제공받는 자>

제 1 판(2023년 11월 06일 작성)

의료법인사단 홍도회 제 2 니시하라 클리닉
이사장 니시하라 히로미치

나는 「자가지방유래 중간엽 줄기세포를 이용한 류마티스 관절염 및 아토피 피부염의 치료 제 판 설명문서」를 이용하여 아래 설명을 충분히 이해한 후 치료를 희망합니다. 또한 이 동의는 언제든지 철회할 수 있음을 확인하였습니다.

- 치료 내용에 대하여
 - 기존 자가면역질환에 대한 치료법과 자가지방유래 중간엽 줄기세포를 이용한 치료에 대하여
 - 치료의 흐름에 대하여
 - 치료에 대한 효과(예상되는 임상상 이익)에 대하여
 - 부작용 및 불이익에 대하여
 - 비용에 대하여
 - 치료 동의에 대하여
 - 개인정보 보호에 대하여
 - 보상에 대하여
 - 지적 재산권에 대하여
 - 이해 상충에 대하여
 - 면책 사항에 대하여
 - 확인 사항에 대하여
 - 치료 종료 후 자가지방유래 중간엽 줄기세포 등의 처분 및 보관에 대하여
 - 본 치료를 심의하는 특정인정재생의료 등 위원회에 대해
 - 본 치료에 관한 불만 및 문의사항이 있는 경우에 대하여
- 의료법인 사단 홍도회 제 2 니시하라 클리닉 이사장 니시하라 히로미치
주소 : 〒664-0873 효고현 이타미시 노마 8-5-10
전화번호 : 072-778-9900
접수시간: 09:00~19:30 (월~금요일:토,일요일,공휴일 제외)

<환자분> 동의일자 _____년 _____월 _____일

성함 _____

주소 _____

연락처 _____

<대리동의자 또는 보호자> 동의일자 _____년 _____월 _____일

성함 _____ (환자와의 관계 : _____)

주소 _____

연락처 _____

상기의 내용에 대해서 동의하였다는 사실을 확인하였습니다.

동의확인일자 _____년 _____월 _____일

의료법인사단 홍도회 제 2 니시하라클리닉 동의확인 의사 _____