

治 療 同 意 書
＜細胞提供者用・再生医療等を受ける者用＞
第 1 版（2025 年 05 月 26 日作成）

トリティクリニック大阪

実施責任医師 梁 昌熙 殿

私は「自家脂肪由来間葉系幹細胞を用いた自閉症の治療 第 _____ 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
- ☐ 従来の自閉症による疼痛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

トリティクリニック大阪 梁 昌熙

住所：大阪府泉佐野市上町 1 丁目 2 番 10 号

電話番号：072-464-5131

受付時間：09:00～18:00（平日、土・祝日）

以上

患者さん

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

ご家族（代諾者）

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご氏名 _____ （続柄 _____ ）

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

トリニティクリニック大阪 同意確認医師 _____