

同意書

<細胞採取・細胞提供者および再生医療等を受ける者>

私は「悪性腫瘍の予防に対する自家 NK 細胞療法」に関し、口頭及び文書にて説明を受け、下記の内容を理解しました。その上で私の自由意志によりこの治療を受けることを同意いたします。

- はじめに
- 治療法の概要について
- 細胞提供者および再生医療等を受ける者の選択および除外基準について
- 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
- この治療はいつでも取りやめることができること
- この治療を受けない事、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事
- 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
- 細胞加工物の管理保存について
- 患者様から採取された試料等について
- 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
- 健康被害が発生した場合の補償および治療について
- 特許権、著作権その他の財産権又は経済的利益について
- 認定再生医療等委員会について
- その他特記事項
- 本再生医療実施における医療機関情報について

同意年月日 年 月 日

患者氏名（署名または記名捺印）

Ⓜ

連絡先

代諾者（署名または記名捺印）

Ⓜ

連絡先

患者様との関係

生年月日： 年 月 日生

立会人（署名または記名捺印）

Ⓜ

連絡先

患者様との関係

説明者及び説明日

年 月 日

署名：

Ⓜ