

同意书

品川内科クリニック

品川 正治 院长

关于接受再生医疗类服务提供,我确认院方已经按照【针对动脉硬化症的自体脂肪来源间充质干细胞静脉注射治疗】进行了详细说明,我已理解并确认。

- 关于再生医疗等的内容及目的
- 关于用于再生医疗等的细胞
- 关于细胞的保存方法及废弃处理
- 关于治疗流程（从脂肪采集到投与）
- 关于接受再生医疗等可能产生的效果及风险
- 关于其他治疗方法
- 关于在获得与健康、遗传特征等相关的重要发现时的处理方式
- 关于通过再生医疗等获得的试料
- 关于专利权、著作权以及其他财产权或经济利益的归属
- 关于拒绝及撤回同意
- 关于对健康损害的补偿
- 关于个人信息保护
- 关于诊疗记录的保存及处理
- 关于费用
- 关于其他特别事项及对治疗后随访（诊察、检查）的同意
- 关于本治疗的实施体制
- 关于治疗等相关咨询窗口
- 关于再生医疗治疗计划审查的咨询窗口

我已进行了上述再生医疗类服务相关内容说明;

说明年月日 年 月 日

说明人

我已充分理解上述相关说明,并同意接受再生医疗等的提供。

此外,我确认,在细胞输注前,可随时撤回本同意。

同意年月日 年 月 日

患者签名

同意陪同者签名

(与患者关系)

同意撤销书

品川内科クリニック

品川正治 院长

我曾于 年 月 日签写了关于接受再生医疗的同意书，现希望将其予以撤销。
另，关于在撤销之前所发生的治疗费，以及其他费用，我同意予以支付，并无其他异议。

撤销年月日 年 月 日
患者签名

BẢN CAM KẾT

Kính gửi: Shinagawa naika Clinic

Viện trưởng: Masaharu Shinagawa

Khi tiếp nhận điều trị y học tái sinh, tôi xác nhận rằng cơ sở y tế đã giải thích chi tiết cho tôi về **【Liệu pháp tiêm tĩnh mạch sử dụng tế bào gốc trung mô có nguồn gốc từ mỡ tự thân đối với bệnh xơ vữa động mạch】**, và tôi đã hiểu, xác nhận nội dung này.

- Nội dung và mục đích của điều trị y học tái sinh
- Về loại tế bào được sử dụng trong điều trị y học tái sinh
- Về phương pháp bảo quản và tiêu hủy tế bào
- Về quy trình điều trị (từ lấy mô mỡ đến truyền/cấy ghép tế bào)
- Hiệu quả và rủi ro của việc tiếp nhận điều trị y học tái sinh
- Các phương pháp điều trị khác
- Về cách xử lý khi phát hiện các thông tin quan trọng liên quan đến sức khỏe, đặc điểm di truyền, v.v.
- Về mẫu bệnh phẩm/mẫu thử thu được trong quá trình điều trị y học tái sinh
- Về việc xác định quyền sở hữu đối với quyền sáng chế, quyền tác giả và các quyền tài sản hoặc lợi ích kinh tế khác
- Quyền từ chối điều trị y học tái sinh Quyền rút lại sự đồng ý điều trị
Việc từ chối điều trị hoặc rút lại sự đồng ý sẽ không gây ra bất kỳ bất lợi nào cho bệnh nhân
- Bồi thường đối với tổn hại sức khỏe
- Bảo vệ thông tin cá nhân
- Về việc lưu trữ và quản lý hồ sơ bệnh án
- Về chi phí
- Các ghi chú đặc biệt khác và sự đồng ý đối với việc theo dõi sau điều trị (tái khám, kiểm tra/xét nghiệm)
- Về hệ thống thực hiện điều trị này
- Thông tin liên hệ để hỏi về điều trị và các vấn đề liên quan
- Đầu mối liên hệ về việc thẩm định kế hoạch điều trị y học tái sinh

Tôi đã giải thích cho bệnh nhân toàn bộ các chi tiết về điều trị y tế tái sinh nói trên.

Ngày giải thích: Ngày tháng năm

Người giải thích:

Tôi xác nhận rằng tôi đã hiểu đầy đủ các giải thích liên quan nêu trên và đồng ý tiếp nhận việc cung cấp liệu pháp tái tạo.

Ngoài ra, tôi xác nhận rằng tôi có thể rút lại sự đồng ý này vào bất kỳ thời điểm nào trước khi tế bào được truyền.

Ngày cam kết: Ngày tháng năm

Chữ ký bệnh nhân:

Chữ ký người đi kèm:

(Quan hệ với bệnh nhân:

ĐƠN RÚT QUYẾT ĐỊNH ĐỒNG Ý

Kính gửi: Shinagawa naika Clinic
Viện trưởng: Masaharu Shinagawa

Tôi đã đồng ý tiếp nhận điều trị y học tái sinh vào ngày tháng năm ,
nhưng nay tôi muốn rút lại quyết định đồng ý nói trên.

Tôi không có bất kì khiếu nại, phản đối nào liên quan đến việc bản thân có trách nhiệm thanh toán các chi phí điều trị và các chi phí phát sinh khác cho đến thời điểm rút quyết định đồng ý.

Ngày rút quyết định đồng ý: Ngày tháng năm

Chữ ký bệnh nhân

Consent Form

Shinagawa naika Clinic

Director: Masaharu Shinagawa

In receiving regenerative medicine treatment, I confirm that I have been given a detailed explanation by the medical institution regarding **【intravenous administration therapy using autologous adipose-derived mesenchymal stem cells for arteriosclerosis】** , and that I have understood and acknowledged its contents.

- Contents and purpose of regenerative medicine
- Cells used in regenerative medicine
- Storage and disposal of cells
- Treatment flow (from fat collection to administration)
- Effects and risks associated with receiving regenerative medicine
- Alternative treatment methods
- Handling of significant findings regarding health and genetic traits
- Specimens obtained in the course of regenerative medicine
- Attribution of patent rights, copyrights, and other property rights or economic interests
- Refusal and withdrawal of consent
- Compensation for health damages
- Protection of personal information
- Storage and handling of medical records
- Costs involved
- Other special notes, including consent for follow-up care (medical examinations and tests)
- Implementation structure for this treatment
- Contact for inquiries about the treatment
- Point of contact for inquiries regarding the review of this regenerative medicine treatment plan

I have explained the details of the provision of the above regenerative medicine.

Date of Explanation (MM/DD/YY) : _____ / _____ / _____

Dr: _____

After fully understanding the above explanation, I consent to receiving the treatment of regenerative medicine. I also confirm that this consent can be withdrawn at any time before the administration of the cells.

Date of Agreement (MM/DD/YY) : _____/_____/_____

Patient's Signature : _____

Consent Withdrawal Form

Shinagawa naika Clinic

Director: Masaharu Shinagawa

I hereby withdraw my consent, which I provided on ___ Year ___ Month ___ Day, for the provision of regenerative medicine.

I acknowledge that I will bear the costs of any treatment or other expenses incurred up to the point of withdrawal.

Date of Explanation (MM/DD/YY) : _____ / _____ / _____

Dr: _____

Date of Revocation (MM/DD/YY) : _____ / _____ / _____

Patient's Signature : _____