

<変形性関節症に対する脂肪組織由来再生(幹)細胞を用いた細胞治療>

施術同意書

本紙は、施術申込みに関する同意書です。別紙説明書、診察にて内容を了解いただいたうえでご記入ください。

◆契約内容施術日 年 月 日

施術名

変形性関節症に対する脂肪組織由来再生(幹)細胞を用いた細胞治療

◆再生医療に関して

上記、再生医療を実施されることに関して、拒否をされることは任意と成っております。一度再生医療を受けることについて同意された場合であっても、治療を受ける前であればいつでも同意を撤回することができます。拒否または撤回に関して、不利益な取り扱いはいたしません。

また、再生医療等を受ける場合、外部機関である再生医療等認定委員会、所轄厚生局等へ個人情報を開示する場合があります。

治療の提供をうける際に、別紙説明事項、治療見積を十分ご確認のうえ、治療の受診を申し込みます。

同意する。

同意しない。

◆治療の注意点

当院では、妊娠中、授乳中、妊娠の可能性のある方への施術は行っておりません。該当する場合は必ず以下にご記入のうえ申告してください。申告の無い場合、当院では一切の責任を負いかねます。

妊娠中、または妊娠の可能性がある 授乳中である 産後3ヵ月以内である

該当項目なし

◆緊急時の対応

術中、術後、出血が多い場合には、お客様の体を第一優先にし、輸血の実施や、施術の中断をする事があります。その場合は、下記の緊急連絡先に連絡します。施術は後日に延期します。

【緊急連絡先】

お名前： (続柄)

電話番号：

◆残余データの利用

残余組織や臨床データ、モニターの方の写真や映像等は、研究、教育、学会・論文報告などために大変貴重な材料となります。今後の医療の発展のため、特別な申し出がない限り研究に使用させていただきます。但し、拒否された場合でも診療に不利益を受けません。

利用に同意します。

利用を拒否します。

◆施術申込み

貴クリニック医師から、既往歴・薬物に対する特異体質の問診を受け、別紙説明書の内容、施術・麻酔その他の実施並びに今後の見込みなどについて詳しく説明を受け、よく理解し同意しました。
よって、自らの意思により施術に申し込みます。

同意日

同意者

西新宿整形外科クリニック