治療同意書

ビオセラクリニック　殿

私は、別紙治療説明書に示された説明を十分に受け、理解しました。

□免疫細胞療法とは
　□活性化リンパ球療法
　□樹状細胞ワクチン療法
□当クリニックでの治療について
　□採血方法、培養方法、投与スケジュール・投与方法について
　□腫瘍抗原およびその選定について（樹状細胞ワクチンを受ける場合）
　□治療前の検査について
　□副作用について
　□有効性について
□他の治療法に関して
□当クリニックでの治療の中止に関して
□治療に関わる費用に関して
□個人情報保護に関して
□お問い合わせへの対応について（健康被害への対応を含む）

【治療内容】

□活性化リンパ球療法

□樹状細胞ワクチン療法
　□(人工腫瘍抗原ペプチドを用いた樹状細胞ワクチン療法)
　〔　　〕

　□自己樹状細胞腫瘍内局注療法

　□自己腫瘍抽出抗原提示樹状細胞ワクチン療法

上記の治療に関する内容及び実施に伴う副作用・合併症や付随するリスク等について理解できました。
その上で本治療を受けることを希望します。尚、治療中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、
適時対応されることについても同意します。

【患者様署名欄】

同意日　20＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

代諾者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご本人様との関係（＿＿＿＿＿＿＿＿）

＊患者様が未成年の場合は必ず成年の保護者が代諾者の欄にご記入下さい。

【医師署名欄】

私は、本治療について十分に説明致しました。

説明日：20＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

説明医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

研究同意書

私はビオセラクリニックで免疫細胞療法を受けますが、自己の医療情報や血液・組織標本が
医学研究目的・教育目的等に使用されることに

同意します　　・　　同意しません