

治療同意書

バイオセラクリニック 殿

私は、別紙治療説明書（BTC 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（新規腫瘍抗原を含む）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
- 同意、同意の撤回、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】

- 活性化自己リンパ球移入療法
- 人工抗原提示樹状細胞ワクチン療法
 - 人工抗原種 { CEA, HER2, MAGE, MUC-1, PSMA, NY-ESO-1, gp100, WT1
CDCA1, URLC10, MELK, DEPDC1, MPHOSPH1, FOXM1, CDH3 }
- 自己樹状細胞腫瘍内局注療法及
- 自己癌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に同意します。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

私はバイオセラクリニックで癌免疫療法を受けますが、別紙治療説明書8. 記載のとおり自己の医療
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