

同意書

医療法人社団優恵会
銀座よしえクリニック銀座本院
院長 佐藤 雄 殿

治療名：自己線維芽細胞を用いた皮膚再生治療

<説明事項>

- ・ この治療を受けるかどうかは自由意思でいつでも撤回でき、そのために不利益は受けないこと
- ・ あなたから採取された生体材料(皮膚組織)を無償提供していただくこと
- ・ あなたから採取された生体材料(皮膚組織)はこの治療に必要な検査や治療のための加工作業以外の目的で使用されないこと
- ・ この治療の目的について
- ・ この治療の方法と治療期間について
- ・ 治療が中止される場合について
- ・ 予測される利益(効果)と不利益(副作用)について
- ・ 他の治療について
- ・ 健康被害について
- ・ この治療の結果が公表される場合における個人情報の保護について
- ・ あなたの費用負担について

費用負担額 ￥ ***,*** (税抜)

- ・ 担当医師、相談窓口、審査を担当した委員会について

【患者さんの署名欄】

私はこの治療を受けるにあたり、上記の事項について「患者さんへ 治療名：自己線維芽細胞を用いた皮膚再生治療、同意説明文書 Ver. 3.0」を受け取り、同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本治療を受けることに同意します。

同意日： 年 月 日

患者氏名： _____ (自署及び印)

【説明者の署名欄】

私は、上記患者さんに、この治療について十分に説明いたしました。

説明日： 年 月 日

所属： 銀座よしえクリニック銀座本院

氏名： _____ (自署及び印)