

同意文書

殿

研究代表者 瀬田クリニック東京 後藤重則 殿

私は以下の免疫細胞療法についての資料（「免疫細胞療法の概要」）を受け取り、説明を受けました。

[私が受ける免疫細胞療法]

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> アルファ・ベータ T 細胞療法 | <input type="checkbox"/> 樹状細胞ワクチン療法（添加法） |
| <input type="checkbox"/> ガンマ・デルタ T 細胞療法 | <input type="checkbox"/> 樹状細胞ワクチン療法（エレクトロポレーション法） |
| <input type="checkbox"/> NK 細胞療法 | <input type="checkbox"/> 腫瘍内局注樹状細胞療法 |

また、私は本研究に関する説明文書を受け取り、下記の内容について説明を受けました。

[説明文書]

- はじめに
- 悪性腫瘍（がん）に対する治療について
- 免疫細胞療法について
- 共同研究グループの取り組みの目的と意義
- 研究の方法 ※「アフェレーシスに関する説明資料」の内容を含む。（該当する患者さんのみ）
- 予想される利益と起こるかもしれない不利益
- 健康被害が発生した場合について
- 得られた資料および試料の取り扱いについて
- 得られた試料の二次利用について
- 同意の撤回について（この研究への参加はあなたの自由意思によるものです。）
- 治療の中止について
- カルテ等の調査・閲覧について
- 個人情報の保護について
- 費用について
- ウイルス検査の実施について
- 利益相反（起こり得る利害の衝突）について
- 質問・相談等への対応、この取り込みに関する情報公開について

私は上記内容を十分に理解した上で、本治療を受け、本研究に参加することに同意します。

試料の二次利用について：

本研究で治療や検査に使われなかった私の細胞や血液等の試料を、医学研究に提供することに、

- 同意します 同意しません

（同意日）西暦 年 月 日

現住所 _____

ご本人 氏名 _____

代理人；続柄（ ） _____

（説明日）西暦 年 月 日

所属 _____ 担当医師名 _____

説明文書 説明者サイン _____

同意文書（治療追加・変更用）

殿

研究代表者 瀬田クリニック東京 後藤重則 殿

私は本研究において、以下の免疫細胞療法についての資料（「免疫細胞療法の概要」）、および治療費に関する資料（「治療費のお支払いに関して」）を受け取り、説明を受けました。

[私が受ける免疫細胞療法]

- アルファ・ベータ T 細胞療法
- CTL 療法
- ガンマ・デルタ T 細胞療法
- NK 細胞療法
- 樹状細胞ワクチン療法（添加法）
- 樹状細胞ワクチン療法（エレクトロポレーション法）
- 腫瘍内局注樹状細胞療法

[治療費について]

以下の資料を受け取り、治療費に関する説明を受けました。

- 治療費のお支払いに関して

※（今回、はじめてアフエレーシスを実施する患者さんのみ）

以下の資料を受け取り、アフエレーシスに関する説明を受けました。

- アフエレーシスに関する説明資料

私は、上記に関する内容を十分に理解した上で、この免疫細胞療法を受けることに同意します。

（同意日）西暦 年 月 日

現住所 _____

ご本人 氏名 _____

代理人；続柄（ ） _____

（説明日）西暦 年 月 日

所属 _____ 担当医師名 _____

説明文書 説明者サイン _____