

**治療同意書**  
第1版(2018年4月28日作成)

医療法人社団くどうちあき脳神経外科クリニック  
院長 工藤 千秋 殿

私は「自家脂肪由来間葉系幹細胞を用いたアルツハイマー型認知症の探索的研究 第1版 説明文書」を用いて、以下の説明を受けました。

- 研究の内容(はじめに、アルツハイマー型認知症、自家脂肪由来間葉系幹細胞)について
- 従来のアルツハイマー型認知症に対する治療について
- 自家脂肪由来間葉系幹細胞を用いた治療について
- 本研究の流れについて
- 予想される臨床上の利益について
- 副作用および不利益について
- 費用について
- 本研究参加の同意について
- 個人情報の保護について
- 補償について
- 知的財産権について
- 利益相反について
- カルテの閲覧について
- 免責事項について
- 本研究終了後の自家脂肪由来間葉系幹細胞などの破棄について
- 確認事項について
- 担当医師および健康被害が発生した場合の連絡先について

上記に関する説明を十分理解したうえで、研究への参加の同意を希望いたします。なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

患者さま 同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

ご氏名 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

ご連絡先 \_\_\_\_\_

ご家族(代諾者さま) 同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

ご氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

ご住所 \_\_\_\_\_

ご連絡先 \_\_\_\_\_

上記の内容について、同意されたことを確認します。

同意確認年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療法人社団くどうちあき脳神経外科クリニック 同意確認医師 \_\_\_\_\_