

**【活性化末梢血単核球療法】
治療同意書**

お台場海浜公園 虹橋クリニック 院長 殿

私_____は、お台場海浜公園 虹橋クリニック医師からの口頭での説明、及び同意説明文書においてその内容について十分理解し、同意致しますので、ここにお台場海浜公園 虹橋クリニックにおいて治療を受けることを希望します。

活性化末梢血単核球療法（以下、「本治療」という）の説明内容 ※説明を受けた項目をチェックして下さい。

- 1. 本治療について
- 2. 従来のがん治療法と本治療について
- 3. 本治療を受けることが出来ない方
- 4. 本治療の流れ
- 5. 本治療により発生する可能性のある副反応について
- 6. 予定した日に点滴投与が出来ない場合について
- 7. 本治療の予想される効果
- 8. 個人情報の保護について
- 9. 医療費について
- 10. 補償について
- 11. 本治療を受ける方が未成年の場合
- 12. 免責事項
- 13. その他の確認事項
- 14. その他の確認事項およびこの治療の実施体制
- 15. 試料等の保管及び破棄の方法

私は、下記の確認医師により、本治療に関する十分な説明を受け、上記の事項を十分理解した上で治療を希望します。

年 月 日

(患者)

住所

氏名

印

緊急連絡先TEL

- -

(家族またはそれに準ずる者)

住所

御本人との続柄：

氏名

印

緊急連絡先TEL

- -

(確認医師)

住所：東京都港区台場 2-2-4 台場クリニックモール 2F

電話：03-3529-2284 FAX：03-3529-2285

お台場海浜公園 虹橋クリニック

医師氏名 金子 亨 印