

치 료 동 의 서

<세포제공자용 및 재생의료등을 받는자용>

제 1 판 (2023 년 05 월 23 일 작성)

의료법인 네오폐리스진료소 신주쿠피부과
원장 에나미 히사오

저는 「자가지방유래 중간엽 줄기세포를 사용한 만성통증의 치료 제 판 설명문서」를 사용하여 아래와 같은 설명을 충분히 이해하였으며 치료를 희망합니다. 또한 본 동의는 언제든지 철회할 수 있다는 사실을 확인하였습니다.

- 치료의 내용에 대해서
- 기존의 만성염증으로 인한 통증에 대한 치료법과 자가지방유래 중간엽 줄기세포를 사용한 치료에 대해서
- 치료의 흐름에 대해서
- 치료에 대한 효과(예측되는 임상적인 이점)에 대해서
- 부작용 및 불이익에 대해서
- 비용에 대해서
- 치료의 동의에 대해서
- 개인정보 보호에 대해서
- 보상에 대해서
- 지적재산권에 대해서
- 이익상반에 대해서
- 면책사항에 대해서
- 확인사항에 대해서
- 치료종료후의 자가지방유래 중간엽 줄기세포등의 처분 및 보관에 대해서
- 본 치료의 심의를 이행한 특정인정재생의료등위원회에 대해서
- 본 치료에 관한 불만 및 문의사항이 있을 경우에 대해서

의료법인 네오폐리스진료소 신주쿠피부과 원장 에나미 히사오

주소 : 도쿄도 신주쿠구 신주쿠 3-24-1 NEWNO·GS 신주쿠 10F

전화번호 : +81-3-3354-4112

접수시간 : 월~금: 09:45~13:50 / 14:50~18:50, 토·일·공휴일 : 09:30~13:50

이상

환자분 _____ 동의일자 _____ 년 _____ 월 _____ 일

성함 _____

주소 _____

연락처 _____

상기의 내용에 대해서 동의한 것을 확인하였습니다.

동의확인일자 _____ 년 _____ 월 _____ 일

의료법인 네오폐리스 진료소 신주쿠 동의확인 의사 _____