

自己樹状細胞ワクチン療法 治療同意書

医療法人社団健若会 東京予防医療クリニック 森 吉臣 総院長殿

私_____は、東京予防医療クリニック総院長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、東京予防医療クリニックにおいて治療を受けることを希望します。

説明内容：(説明を受けた項目をチェックして下さい。)

- 1.免疫細胞治療とは
 2.自己樹状細胞ワクチン療法とは
 3.当院での治療について
 4.個人情報の保護について
 5.医療費について
 6.免責事項について
 7.その他の確認事項
 8.治療が遂行できなくなった場合、残った治療用細胞は東京予防医療クリニックの責任の元、破棄していただくことに同意いたします。

私は、総院長 森 吉臣より、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

東京都港区赤坂 3-13-10 新赤坂ビル 3F-7F

電話: 03-3585-1211 FAX: 03-3585-1270

医療法人社団健若会 東京予防医療クリニック

氏名

総院長 森 吉臣

印

※ご自身のハンコでの捺印をお願いいたします。
※訂正箇所には、必ず二重線を引き訂正印を押してください。