

治療同意書（患者控え）

殿

このたび、私は脂肪・血液を採取し、自家培養脂肪由来幹細胞を用いた脂肪組織再生術を行うにあたり、担当医師より詳細な説明を受け、同意いたしました。

特に下記項目については、担当医師とともに確認いたしました。

- 1. 治療概要
- 2. 本治療の対象
- 3. 本治療を受けられない方
- 4. 本治療の利点
- 5. 本治療法の副作用、有害事象ならびに注意点
- 6. 治療内容
- 7. 細胞培養に対する注意事項
- 8. 他の治療との比較について
- 9. 細胞培養施設の説明
- 10. 採取した脂肪および細胞の保管・廃棄の方法
- 11. 患者様の自己決定権について
- 12. 健康被害が発生した場合の補償について
- 13. 患者様の秘密保持について
- 14. 情報開示について
- 15. 特許権等について
- 16. 治療料金・キャンセル料金について
- 17. お問い合わせ窓口

年 月 日

患者様 _____ (本人)

医療法人社団 和と輪 シンシアガーデンクリニック

担当医師 _____ (本人)

同席者 _____ (任意)

【その他特記事項】

治療同意書（医療機関控え）

殿

このたび、私は脂肪・血液を採取し、自家培養脂肪由来幹細胞を用いた脂肪組織再生術を行うにあたり、担当医師より詳細な説明を受け、同意いたしました。

特に下記項目については、担当医師とともに確認いたしました。

- 1. 治療概要
- 2. 本治療の対象
- 3. 本治療を受けられない方
- 4. 本治療の利点
- 5. 本治療法の副作用、有害事象ならびに注意点
- 6. 治療内容
- 7. 細胞培養に対する注意事項
- 8. 他の治療との比較について
- 9. 細胞培養施設の説明
- 10. 採取した脂肪および細胞の保管・廃棄の方法
- 11. 患者様の自己決定権について
- 12. 健康被害が発生した場合の補償について
- 13. 患者様の秘密保持について
- 14. 情報開示について
- 15. 特許権等について
- 16. 治療料金・キャンセル料金について
- 17. お問い合わせ窓口

年 月 日

患者様 _____ (本人)

医療法人社団 和と輪 シンシアガーデンクリニック

担当医師 _____ (本人)

同席者 _____ (任意)

【その他特記事項】