

治療同意書

(治療を受ける方用)

元麻布ヒルズメディカルクリニック
院長 殿

私は「自己細胞ベクター（シン・ベック）療法」について、以下の説明を受けました。

- ・治療の内容について（細胞加工・点滴による静脈内投与）
- ・従来のがん治療とシン・ベック療法について
- ・治療の流れについて
- ・治療に対する効果（予測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
- ・治療を受ける方が未成年の場合について
- ・個人情報の保護について
- ・治療終了後のシン・ベック等の処分について・・・処分に同意します。
- ・補償について
- ・知的財産権について
- ・利益相反について
- ・免責事項について
- ・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

- ・個人情報の使用について
（免疫細胞療法等の研究開発・認知・普及のための情報の使用に関する同意）
以下の情報、並びに採取された生体試料（KM-CART 細胞等）を個人情報に十分配慮したうえで使用することに同意します。
＜使用する情報＞
（a）年齢 （b）性別 （c）病名（診断名、病期分類）（d）既往歴（従来 of 疾患歴）（e）治療、投薬および手術歴等、並びにその内容 （f）血液および画像所見 （g）病理所見
＜情報の使用目的＞
（a）学会・論文等における発表 （b）学術支援活動並びに免疫細胞療法等の啓発活動（c）症例検討会（院内のみならず院外の医師、看護師等と行う症例情報に関する検討会を含みます）（d）ホームページにおける掲載（e）患者様向けセミナー

上記に関する説明を十分理解したうえで、治療を受けることを希望いたします。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。

同意年月日 _____ 年 月 日

◆患者様ご本人

ご氏名：署名 _____

ご住所： _____

◆代諾者（ご家族様またはそれに準ずる方）

ご氏名：署名 _____ 患者様からみた続柄 _____

ご住所： _____

◇上記の内容について私が説明をし、同意されたことを確認しました。

説明年月日 _____ 年 月 日

元麻布ヒルズメディカルクリニック

同意取得医師 _____