

# 治療同意書（医療機関控え）

殿

このたび、私は皮膚・血液を採取し、自家真皮線維芽細胞移植術を行うにあたり、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。

- エイズを含めた感染症を検査すること
- 検査の結果、感染症が認められた場合治療を断念すること
- 遺伝子（DNA）を抽出・解析すること（解析結果は本治療以外には使用いたしません）
- 痛みの緩和のため「麻酔薬（エムラ、ペンレス、キシロカイン）を使用すること
- 細胞の分散を防ぐため人工関節液「ヒアルロン酸：承認名『アルツ』承認薬（適用外使用）を少量使用すること
- 治療料金についての資料による内容の説明をすること

年 月 日

患者様 (本人)

医療機関名 医療法人社団有恒会オザキクリニックLUXE新宿

管理者名 外 菌 優

実施責任者名 外 菌 優

医師 (本人)

同席者 (任意)

## 【その他特記事項】

重要) この同意書にサインすることで患者様の正当な権利が制限されることは一切ありません。  
また、この同意書の存在が、担当医師の免責に供されることもありません。

# 治療同意書（患者控え）

殿

このたび、私は皮膚・血液を採取し、自家真皮線維芽細胞移植術を行うにあたり、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。

- エイズを含めた感染症を検査すること
- 検査の結果、感染症が認められた場合治療を断念すること
- 遺伝子（DNA）を抽出・解析すること（解析結果は本治療以外には使用いたしません）
- 痛みの緩和のため「麻酔薬（エムラ、ペンレス、キシロカイン）を使用すること
- 細胞の分散を防ぐため人工関節液「ヒアルロン酸：承認名『アルツ』承認薬（適用外使用）を少量使用すること
- 治療料金についての資料による内容の説明をすること

年 月 日

患者様 (本人)

医療機関名 医療法人社団有恒会オザキクリニックLUXE新宿

管理者名 外 園 優

実施責任者名 外 園 優

医師 (本人)

同席者 (任意)

## 【その他特記事項】

重要) この同意書にサインすることで患者様の正当な権利が制限されることは一切ありません。  
また、この同意書の存在が、担当医師の免責に供されることもありません。

重要) この同意書にサインすることで患者様の正当な権利が制限されることは一切ありません。  
また、この同意書の存在が、担当医師の免責に供されることもありません。