

治 療 同 意 書

一般社団法人志鴻会 銀座鳳凰クリニック 院長 殿

再生医療等の名称「悪性腫瘍に対するナチュラルキラー（NK）細胞療法」

私は医師より、本治療に関する説明資料を受取り、
以下の説明を受けました。

- ☐ 初めに
- ☐ 提供する治療について
- ☐ 採血について
- ☐ 投与方法について
- ☐ 予期される利益及び起こるかもしれない不利益
- ☐ 健康被害が発生した場合の補償について
- ☐ 他の治療法について
- ☐ 治療の拒否及び同意撤回について
- ☐ 記録および細胞の保管について
- ☐ 個人情報の保護について
- ☐ 費用について
- ☐ 認定再生医療等委員会について
- ☐ 再生医療等を行う医療機関の情報
- ☐ 本治療に関する連絡先・相談窓口について

本治療を受けるにあたり、上記内容について十分な説明を受け、内容などを十分に
理解いたしましたので、この治療を受けることに同意いたします。

（同意日） ____ 年 ____ 月 ____ 日

氏名： _____

代諾者；続柄（ ）： _____

同意書撤回書

一般社団法人志鴻会 銀座鳳凰クリニック

担当医 永井 恒志 殿

私は「悪性腫瘍に対するナチュラルキラー（NK）細胞療法」を受けることについて同意しておりましたが、同意を撤回いたします。

同意撤回年月日 _____年 _____月 _____日

・ 患者様

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

・ ご家族様またはそれに準ずる方

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

私が同意撤回されたことを確認しました。

確認年月日 _____年 _____月 _____日

銀座鳳凰クリニック

担当医師 _____