

## 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「がんに対する成熟自己樹状細胞を用いた免疫機能改善療法」

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「がんに対する成熟自己樹状細胞を用いた免疫機能改善療法」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 \_\_\_\_\_