

# 同意書

医療法人大雅会 ふくとみクリニック

院長 福富 康夫 殿

私は自家骨髄幹細胞療法（脳卒中再生医療）について、十分な説明を受けると共に質問をする機会を得ました。

## 1. 治療法の名称、細胞培養の方法等の説明

- 自家骨髄幹細胞療法（以下、本治療という）は再生医療等安全性確保法に従い、医療法人大雅会 特定認定再生医療等委員会にて審査の上、厚生労働大臣に再生医療等提供計画書を提出済み。計画番号 PB5160002
- 細胞培養はふくとみクリニック内にある細胞培養室にて福富康夫の管理下、専門の培養士が行う。

## 2. 治療に関する説明

- 本治療の目的及び内容（別紙1）
- 本治療による効果  
脳卒中後遺症の改善及び再発予防
- 本治療によるデメリット
  - 健康保険を使うことができないため自費治療である。
  - 骨髄液を採取する際に痛みがある。
  - 血液及び骨髄液を採取することによる身体への負担。
  - 培養を行うため、その分培養細胞投与の段階に入るまでに時間がかかる。
- リスク（危険性）について  
骨髄液採取時
  - 局所麻酔によるショック症状が起こる可能性
  - 感染症の可能性
  - 皮下出血及び皮下血腫の可能性
  - 穿刺部の不快感骨髄幹細胞注入時
  - 肺血栓症の可能性

- アレルギーによるショック症状が起こる可能性
- 感染症の可能性
- 点滴刺入部の発赤が起こる可能性
- 熱感を伴う可能性

なお、治療中に緊急処置・治療を行う必要が生じた場合には適宜処置を行う。

- 他の治療方法の有無及び内容、その治療における効果及び危険性との比較説明（別紙2）

## 3. その他の説明事項

- 本治療にかかる費用に関すること（別紙3）
- 本治療を実施するまで、自家骨髄幹細胞をふくとみクリニック細胞培養室の液体窒素タンクにて保管すること。
- 採取した骨髄幹細胞の状態により、細胞が増えにくいなど、治療の継続が困難な場合について、患者様ご本人より再度の採血および骨髄液採取を行うことがある。また、天変地異等の非常事態により、万が一培養が中断された場合も患者様ご本人より再度の採血および骨髄液採取を行ない、再培養を行うこと。
- 本治療終了後、使用した試料等は医療廃棄物として適切に廃棄すること。
- 担当医師による説明を受けたうえで、患者様が本治療を希望されない場合は、本治療を受けることを拒否することは任意である。
- 予約日変更について  
予約日変更は、予約日の7日前までにその旨をご連絡下さい。骨髄液採取の予約日変更の場合は、他の患者様の予約状況によってはご希望に添えずお待ちいただく事がございます。また点滴投与の予約日6日前～前日に変更のご連絡をいただいた場合は、培養した細胞が最大限使用できなくなる可能性がございますのでご注意ください。なお予約日当日の日程変更は不可とさせていただきます。
- 同意の撤回について  
本治療の同意の撤回については、口頭または文書により可能です。同意の撤回をされた場合は、その旨をご連絡下さい。治療開始予定日6日前以降の同意の撤回に関しましては、培養室確保及び医療材料など治療準備にかかった費用として治療代の10%をお支払いいただきます。治療開始後の撤回につきましては、培養及び行った治療のご費用分のご返金は出来かねますのでご了承下さい。本治療を受けない、又は同意を撤回することで医学的な不利益を受けることはありません。  
なお、「治療開始」とは、血清作成用採血時とします。
- 個人情報の利用目的および個人情報に関する事項の説明を受けたこと（別紙4）

【お問い合わせ及び相談窓口】 ふくとみクリニック受付 06-6232-8337

【ふくとみクリニック自家骨髄幹細胞療法を審査した委員会】

医療法人大雅会 特定認定再生医療等委員会

認定番号 NA8150032

審査の対象 第一種及び第二種再生医療等提供計画

所在地 大阪府大阪市都島区東野田町 2-9-23 晃進ビル 4 階

お問い合わせ [tokutei-ninteisaisei@2913.jp](mailto:tokutei-ninteisaisei@2913.jp)

【治療を提供する医療機関名】

ふくとみクリニック

管理者名：福富 康夫

実施責任者：福富 康夫

担当医師：福富 康夫

上記 1 から 3 について説明を受けました。上記 1 から 3 に基づく療法を受けることに同意します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

患者氏名：\_\_\_\_\_印 (印鑑を所持していない場合、患者本人の署名のみでも可)

住所：〒\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ 携帯番号：\_\_\_\_\_

保証人①：\_\_\_\_\_印 (印鑑を所持していない場合、保証人本人の署名のみでも可)

(患者との続柄： \_\_\_\_\_ )

住所：〒\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ 携帯番号：\_\_\_\_\_

費用請求先 ( 患者本人 保証人① )