

同意書(細胞採取)

私は「多血小板血漿を用いた老化や外部刺激等による肌委縮再生治療」に関し、口頭及び文書にて説明を受け、下記の内容を理解しました。その上で私の自由意志によりこの治療を受けることを同意いたします。

- 治療法の概要について
- 対象患者と、対象者の基準について
- 治療の予測される効果と起こるかもしれない副作用について
- 他の治療法の有無及びこの治療法との比較
- 患者様の判断で受けるか否かは任意です
- この治療を受けないこと、または同意を撤回することにより不利益な取扱いを受けないこと
- 同意の撤回方法について
- この治療を中止する可能性があること
- 他の治療との併用について
- 個人情報の保護について
- この治療の費用について
- 細胞加工物の管理保存について
- 当該細胞の提供や再生医療治療時よる健康被害に対する補償に関して
- 当該細胞を用いる再生医療等に係る特許権、著作権その他の財産権又は経済的利益の帰属に関する事
- いつでも相談できることについて
- 認定再生医療等委員会について

同意年月日 年 月 日

患者氏名（署名または記名捺印） _____ (印)

連絡先 _____

立会人（署名または記名捺印） _____ (印)

連絡先 _____

患者様との関係 _____

説明をした医師及び説明日

年 月 日

署名： _____ (印)

