

同意書

医療法人医誠会 大阪医誠会がん・神経難病治療クリニック

院長 大西 秀哉 殿

私は、「認知機能障害に対するヒト脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」に用いるための脂肪組織の採取およびその臨床応用について「事前説明書」に基づき十分に説明を受け、自己脂肪組織由来間葉系幹細胞投与に同意します。また、5年経過後、検体を破棄することに同意いたします。「再生医療等提供のご説明」に沿って以下の説明を受けました。

本治療の目的と内容

本治療を行うにあたっての利益、不利益について

実施方法 脂肪組織採取

治療対象者がインフォームド・コンセントを受けるに当たっての説明事項

安全性および予想される合併症、有害事象及びその対応

個人情報保護について

資料・試料の保存及び使用・廃棄方法

費用負担に関する事項

本治療を担当する医師の氏名・連絡先

問い合わせ、苦情等の窓口の連絡先等の情報

説明年月日 年 月 日

説明担当医師

同意年月日： 年 月 日

氏名(自筆署名)： (本人)

住所：

代諾者名(自筆署名)： ()

住所：

連絡先：

同意撤回書

医療法人医誠会 大阪医誠会がん・神経難病治療クリニック

院長 大西 秀哉 殿

私は、「認知機能障害に対するヒト脂肪組織由来間葉系幹細胞を用いた治療」に用いるための脂肪組織の採取およびその臨床応用について「事前説明書」に基づき十分に説明を受け、治療費用・脂肪組織の採取・採血および自己脂肪組織由来間葉系幹細胞投与に同意しましたが、この度これを撤回します。なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存はありません。

同意します ・ 同意しません

記入日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

氏名(自筆署名)： _____ (本人)

住所： _____

連絡先： _____

代諾者名(自筆署名)： _____ ()

住所： _____

連絡先： _____