

同意書

Consent Form

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

Iseikai Medical Corporation

Osaka Iseikai Cancer and Neurological Intractable Disease Treatment Clinic

Director Hideya Onishi

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。

I have been fully informed of the collection of adipose tissue for use in "treatment using human adipose tissue-derived mesenchymal stem cells for cognitive impairment" and its clinical application based on the "Preliminary instructions" and agree to the administration of autologous adipose tissue-derived mesenchymal stem cells. I also agree to the disposal of the samples after five years. I have received the following explanation in accordance with the "Explanation of the provision of regenerative medicine, etc."

本治療の目的と内容

Purpose and content of this treatment

本治療を行うにあたっての利益、不利益について

Advantages and disadvantages of this treatment

実施方法 脂肪組織採取

Method of implementation: Fat tissue collection

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

Information to be given to the treatment recipient before obtaining informed consent

安全性および予想される合併症、有害事象及びその対応

Safety, anticipated complications, adverse events, and responses to them

個人情報保護について

Personal information protection

資料・試料の保存及び使用・廃棄方法

Method of storing, using, and disposing of materials and samples

費用負担に関する事項

Information regarding expenses

本治療を担当する医師の氏名・連絡先

Name and contact details of the doctor in charge of this treatment

問い合わせ、苦情等の窓口の連絡先等の情報

Contact information for inquiries, complaints, etc.

説明年月日 年 月 日

Date of explanation:(YY) / (MM) / (DD)

説明担当医師/ Doctor providing explanation

同意年月日： 年 月 日/Date of consent: (YY) / (MM) / (DD)

氏名(自筆署名)： (本人)/ Name (handwritten signature): (self)

住所:/ Address:

代諾者名(自筆署名)： / Name of legal representative (handwritten signature): ()

住所: /Address

連絡先:/Contact details

同意撤回書

Withdrawal of consent

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。

Iseikai Medical Corporation Osaka Iseikai Cancer and Neurological Intractable Disease Treatment Clinic

Dear Dr. Hideya Onishi

I have been fully informed of the collection of adipose tissue for use in the "treatment of cognitive impairment using human adipose tissue-derived mesenchymal stem cells" and its clinical application based on the " Preliminary instructions" and have agreed to the treatment costs, collection of adipose tissue, blood sampling, and administration of autologous adipose tissue-derived mesenchymal stem cells, but I now withdraw my consent. I have no objection to bearing the medical expenses and other costs incurred up until the time of withdrawal of consent.

同意します ・ 同意しません

I consent / I do not consent

記入日： 年 月 日

Date of input: YY / MM / DD

氏名(自筆署名)： (本人)

Name (handwritten signature): (self)

住所: / Address:

連絡先:/ Contact details:

代諾者名(自筆署名) : /Name of legal representative (handwritten signature): ()

住所: / Address:

連絡先:/ Contact details:
