

治療同意書
＜細胞提供者用・再生医療等を受ける者用＞
第1版（2024年09月02日作成）

医療法人社団 禮聖会 トリニティクリニック福岡
院長 梁 昌熙 殿

私は「自家脂肪由来間葉系幹細胞を用いたアトピー性皮膚炎および関節リウマチの治療 第_____版 説明文書」を用いて、下記の説明を十分理解したうえで、治療を希望いたします。なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

- 治療の内容について
 - 従来の自己免疫疾患に対する治療法と自家脂肪由来間葉系幹細胞を用いた治療について
 - 治療の流れについて
 - 治療に対する効果（予想される臨床上の利益）について
 - 副作用および不利益について
 - 費用について
 - 治療の同意について
 - 個人情報の保護について
 - 補償について
 - 知的財産権について
 - 利益相反について
 - 免責事項について
 - 確認事項について
 - 治療終了後の自家脂肪由来間葉系幹細胞などの処分および保管について
 - 本治療の審議を行う特定認定再生医療等委員会について
 - 本治療に関する苦情およびお問い合わせがある場合について
- 医療法人社団 禮聖会 トリニティクリニック福岡 梁 昌熙
住所：〒813-0062 福岡県福岡市東区松島6丁目14番22号
電話番号：092-409-2260
受付時間：09：00～18：00（火～土曜日：祭日除く）

＜患者さん＞ 同意年月日 _____年 ____月 ____日

ご氏名 _____
ご住所 _____
ご連絡先 _____

＜代諾者または保護者＞ 同意年月日 _____年 ____月 ____日

ご氏名 _____（続柄 _____）
ご住所 _____
ご連絡先 _____

上記の内容について、同意されたことを確認します。

同意確認年月日 _____年 ____月 ____日

医療法人社団 禮聖会 トリニティクリニック福岡 同意確認医師 _____