

承 諾 書

患者番号：0000000448

氏 名：AAA AAA

生年月日：昭和 45 年 05 月 06 日

説明年月日 平成 27 年 10 月 30 日

信州大学医学部附属病院長 殿

私は、現在の病状及び処置（手術、麻酔、検査、治療法、その他）の内容、すなわち

手術 _____

麻酔 _____

検査 _____

治療法 樹状細胞及び腫瘍抗原ペプチドを用いたがんワクチン療法 _____

その他 _____

について、必要性とこれに伴う危険性について、別紙説明書などを用い下記の医師等から説明を受け、理解しましたので、その処置を選択し、その実施を承諾します。

なお、実施中に緊急の処置等を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることをあらかじめ承諾します。

_____ 科 医師（自筆署名、もしくは記名押印） _____

_____ 科 医師（自筆署名、もしくは記名押印） _____

（職種： _____）（自筆署名、もしくは記名押印） _____

（職種： _____）（自筆署名、もしくは記名押印） _____

承諾年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者：（自筆署名、もしくは記名押印） _____

* 患者さんが未成年の場合など承諾能力がないと判断された場合にのみ、代諾者が自筆署名もしくは記名押印して下さい。

代諾者：（自筆署名、もしくは記名押印） _____

（患者との関係： _____）