

# 治療同意書

医療法人社団 医創会 セレンクリニック

担当医師 殿

私は「樹状細胞ワクチン療法」について、以下の説明を受けました。

- ・ 治療の内容について（人工抗原・局所注入）
- ・ 従来のがん治療と樹状細胞ワクチン療法について
- ・ 治療の流れについて
- ・ 治療に対する効果（予測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
- ・ 治療を受ける方が未成年の場合について
- ・ 個人情報の保護について
- ・ 治療終了後の樹状細胞ワクチン等の処分について・・・処分に同意します。
- ・ 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
- ・ 担当医師および健康被害が発生した場合の連絡先
  
- ・ 個人情報の使用について  
（免疫細胞療法等の研究開発・認知・普及のための情報の使用に関する同意）  
以下の情報、並びに採取された生体試料（末梢血、がん組織等）を個人情報に十分配慮したうえで使用することに同意します。  
<使用する情報>  
（a）年齢 （b）性別 （c）病名（診断名、病期分類）（d）既往歴（従来 of 疾患歴）（e）治療、投薬および手術歴等、並びにその内容 （f）血液および画像所見 （g）病理所見  
<情報の使用目的>  
（a）学会・論文等における発表 （b）学術支援活動並びに免疫細胞療法等の啓発活動 （c）症例検討会（院内のみならず院外の医師、看護師等と行う症例情報に関する検討会を含みます）（d）ホームページにおける掲載 （e）患者様向けセミナー

上記に関する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。

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

◆患者様ご本人

ご氏名 \_\_\_\_\_

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_ (ご自宅)

\_\_\_\_\_ (携帯電話)

◆ご家族様またはそれに準ずる方

ご氏名 \_\_\_\_\_

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_ (ご自宅)

\_\_\_\_\_ (携帯電話)

◇上記の内容について私が説明をし、同意されたことを確認しました。

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療法人社団 医創会 セレンクリニック

同意取得医師 \_\_\_\_\_