末梢血単核球採取に関する同意書

説明実施日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

説明医師：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同席者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□1. 自家末梢血単核球採取について

□2. 方法と予期される有害事象

□3. 自家末梢血単核球採取を実施しない場合の選択肢について

□4. 同意書の撤回について

□5. 緊急時の対応について

□6. 質問の機会について

　私は、自家末梢血単核球採取について、必要性とその内容、これに伴う危険性について十分な説明を受け、理解しました。

　つきましては、これを実施すること、および実施中に緊急処置を行う必要性が生じた場合には、適宜処置することについても併せて

* 同意します　　　　□ 同意しません

東京慈恵会医科大学附属病院　病院長殿

　　　　　　　年　　　　月　　　　日

患者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　　　）

（代諾者の緊急連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※患者さんが未成年者の場合は、代諾者（配偶者または家族、親戚等）が署名してください。