

治療同意書

銘煌CITクリニック

院長 藤田 成晴 殿

私は、「樹状細胞ワクチン療法」について、「樹状細胞ワクチン療法 説明文書(改訂版 2020/1/10)」を受け取り、その内容について説明を受けました。本治療は研究段階の新しい治療法であり、治療効果および延命効果において、まだ正確な成績が出ていない治療法であることも含めて、以下の内容を十分に理解しましたので、私の自由意志に基づき、本治療を受けることについて同意いたします。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。

- ・ 本治療を自由意志で受けることについて
- ・ がんと免疫や樹状細胞について
- ・ 本治療の内容について（自己がん抗原樹状細胞ワクチン療法、人工抗原樹状細胞ワクチン療法）
- ・ 従来のがん治療と免疫療法について
- ・ 本治療の流れについて
- ・ 本治療による効果（予測される臨床上の利益）について
- ・ 本治療による副作用（予測される臨床上の不利益）について
- ・ 本治療の費用について
- ・ 本治療を受ける方が未成年の場合について
- ・ 本治療終了後の樹状細胞ワクチン等の処分について
- ・ 個人情報の取り扱いについて
- ・ 利益相反について
- ・ 知的財産権について
- ・ 健康被害の補償について
- ・ 免責事項について
- ・ 確認事項について
- ・ 本治療を承認した第三者認定再生医療等委員会について
- ・ お困りの点やご相談・ご質問等の窓口について

なお、私の個人情報は、個人情報保護法等により適切に保護されることも理解しました。治療有効性向上や学術発展等の目的のため、個人情報に十分配慮して匿名化されたうえで、私の疾患に関する臨床データや末梢血やがん組織等の生体試料の分析結果を、貴院が学会・学術誌で公表したり、大学や企業などの共同研究機関と共有したりすることについて（ 承諾します ・ 承諾しません ）。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・ 患者様

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

・ ご家族様またはそれに準ずる方

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

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

銘煌CITクリニック

説明医師 _____

同意書撤回書

銘煌CITクリニック
藤田 成晴 殿

私は「樹状細胞ワクチン療法」を受けることについて同意しておりましたが、同意を撤回いたします。

同意撤回年月日 年 月 日

・ 患者様

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

・ ご家族様またはそれに準ずる方

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

私が同意撤回されたことを確認しました。

確認年月日 年 月 日

銘煌CITクリニック

確認医師 _____