

私は、 年 月 日より実施される医療法人社団啓神会 M再生クリニックの提供する「間質血管細胞群 (SVF) を用いた Cell-assisted lipotransfer (CAL) による皮膚治療」について、同意説明書に基づき医師から十分な説明を受け、その療法をよく理解し、下記の事項についても納得し同意いたしますので、「間質血管細胞群 (SVF) を用いた Cell-assisted lipotransfer (CAL) による皮膚治療」の実施をお願いいたします。またのその他の必要となる適切な処置についても、上記同様に承諾同意いたします。

又、これにかかわる諸問題や、治療効果について一切の異議を申し立てません。

- この治療法の概要
- この治療の予測される効果及び危険性
- 他の治療法について
- この治療を受けることの拒否または同意の撤回により、不利益な扱いを受けないこと
- 同意の撤回方法について
- この治療を中止する可能性があること
- 個人情報の保護について
- 細胞の保管と保管期間終了後の取り扱いについて
- 患者様から採取された資料等について
- この治療の費用について
- いつでも相談できること、問合せ、苦情の受付先について
- 健康被害が発生した場合について
- 特定認定再生医療等委員会について
- その他特記事項
- 本再生医療実施における医療機関情報

年 月 日

患者様署名 _____

住 所 _____

電 話 _____

理解補助者または代諾者

氏名 (署名・続柄) _____

住 所 _____

電 話 _____

年 月 日

説明医師 _____