

CA クリニック京都 治療同意書

CA クリニック京都 院長
古川 泰三 殿

私 _____ は、以下の治療に関連し、CA クリニック京都医師からの口頭での説明、及び説明文書においてその内容について十分理解し、同意致しますので、ここに CA クリニック京都において治療を受けることを希望します。
また、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

■ CA クリニック京都で私が希望する治療

希望する	希望しない	項 目
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	樹状細胞およびナチュラルキラー細胞局所療法
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	樹状細胞点滴療法
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	活性化リンパ球療法
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ナチュラルキラー細胞療法

記入年月日： 年 月 日

○御本人

お名前：

ご住所：

ご連絡先： - -

○御家族またはそれに準ずる方

お名前：

御本人との続柄：

ご住所：

ご連絡先： - -

説明年月日： 年 月 日

医療法人社団なごみ CA クリニック京都

説明医師署名欄： _____

京都府京都市中京区烏丸二条下ル秋野々町 531 番地 4
電話：075-213-0900