

タイムラプス培養同意書

私たちはタイムラプス培養について、医師やスタッフからの説明と文書によって下記の事項について十分に理解し、納得した上で、タイムラプス培養を受けることに同意します。

治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院の方針に従います。

*別紙『タイムラプス培養に関する説明書』とともに下記事項を1つずつ振り返り、質問や再確認したいことがなければ、左端の患者の□欄に☑を入れ、下記に署名してください。

(↓患者☑欄)

- 1) 方法について
- 2) 成績について
- 3) 副作用について
- 4) 先進医療となり、全額自己負担なることについて
- 5) 費用について

<注意事項>

- ①この同意書の提出がない場合は、タイムラプス培養はできません。
- ②この同意書は、今回の治療に限り有効です。今回の治療後に、再び同じ治療を希望する場合は、その都度、同意書の提出が必要です。
- ③この同意書を提出後でも、治療開始前であれば自由意思で同意を取り消すことができます。
- ④今回ご説明したタイムラプス培養は、今後の保険化に向けた先進医療となります。
- ⑤患者様の個人情報、個人情報保護法及び、当院の規約で取り扱い、治療に関する情報は個人が特定されない形で学会報告、論文発表で使用させていただくことがあります。

施設責任者

医療法人社団 愛慈会 理事長 松本 玲央奈

説明日 _____年 _____月 _____日

説明者【 _____ 】

同意年月日： _____年 _____月 _____日
住所： _____
電話番号： _____
本人氏名（自署）： _____
同意年月日： _____年 _____月 _____日
住所： _____
電話番号： _____
配偶者氏名（自署）： _____（本人との続柄： _____）

※自署を代筆することはできません。無断で代筆した場合、当院は一切責任を負いません。

※患者様控えとしてコピーをお渡ししますので大切に保管して下さい。