　　　　　　（計画名）　　　　　　についての同意書

わたしは，　　　　（計画名）　　　　に関する以下の事項について説明を受けました。

□　治療の目的と必要性

□　治療の内容

□　既存・その他の診療を比較した際の優位性及び安全性

□　期待される治療の効果と限界

□　起こりうる有害事象・合併症・後遺症

□　治療時の留意事項

□　治療に関する費用

□　自由意思の尊重（治療の開始前・開始後に関わらず同意をいつでも撤回でき，撤回しても何ら不利益を受けないこと）

□　個人情報の取り扱い（プライバシーの保護に最大限配慮すること）

□　診療実施者

□　問い合わせ・苦情等の連絡先

これらの事項について確認したうえで，この治療を受けることに同意します。

令和　　年　　月　　日

　　患者署名または記名・押印

本治療に関する説明を行い，自由意思による同意が得られたことを確認します。

説明担当者氏名・職名