

同意書(案)

病院長殿

私は、「マイロターゲット点滴静注用 5mg」の投与を受けるにあたり、以下の説明事項について十分な説明を受け、内容等を十分理解した上で、本剤の投与を受けることに同意します。

<説明事項>

- 1) 本剤の有効性及び安全性
- 2) 本剤による重篤副作用や治療関連死亡例が報告されていること
- 3) 他の治療方法の有無と、その方法での有効性及び安全性
- 4) 本剤の米国での措置の内容と日本の状況

<署名>

ご本人

患者様氏名： _____ (自署) 同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

代諾者 (必要な場合)

代諾者氏名： _____ (自署) 続柄： _____ 同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者

担当医師： _____ (自署) 説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日