

＜説明書＞ 高濃度ビタミンC点滴療法について

- (1) 「高濃度ビタミンC点滴療法」はガンの治療法の一つです。この治療法は主にアメリカで研究されている試験的な治療法です。一般的に健康保険の範囲内のビタミンC点滴は1回2グラムです。本治療では1回60グラムのビタミンCを点滴します。最初は15グラムから始めて徐々に増量していきます。週に1回の2時間の点滴治療が基本であり、病状によって点滴の回数・頻度は変わります。点滴治療をしない日はビタミンCとマルチミネラル・ビタミンの服用を推奨します。また、喫煙習慣をなくし、有機野菜や玄米などの健康的な食事や運動を含めたライフスタイルの改善が必要です。
- (2) ガンの治療は手術、抗ガン剤、放射線療法など既に治療効果が証明されている標準的な治療法が多くあります。「高濃度ビタミンC点滴療法」は代替医療のひとつであり、このような既に効果が認められている標準的治療法よりも優先するものではありません。また、ガン専門医の全てがこの治療法を支持・賛同しているわけではなく、否定的な意見もあります。
- (3) 当クリニックではガンに罹患した患者様が1) 標準的ガン治療法と併用する、2) 有効なガンの治療法が確立されていない、3) これまで受けてきた標準的な治療の効果が減弱、4) 副作用など何らかの理由で既存の標準的な治療を受けることができない場合に「高濃度ビタミンC点滴療法」を推奨しています。
- (4) 本治療法の副作用は非常に少ないと言われています。血管穿刺部位の痛み、頭痛、吐き気などの症状が起きることがありますが、点滴速度を緩徐にすることで多くは解決されます。また、稀ながら尿管結石、腎機能障害、溶血の報告があります。
- (5) 当クリニックでは健康保険が適応されず、治療、検査、処方全てが自費診療となります。
- (6) 「高濃度ビタミンC点滴療法」の効果はガンの種類、進行度、お客様の年齢、体力、免疫力によって異なります。この治療法は実験的な段階であり、ガンの縮小・消失・延命を確約することはできません。

同意書

〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇殿

私は、 年 月 日より実施される〇〇〇〇〇〇における診療について

<説明書> 高濃度ビタミンC点滴療法について

に基づき、医師から十分な説明を受け、よく理解し納得いたしましたので、診療を受けることに同意いたします。また診療実施中に緊急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることも承諾同意いたします。その費用も負担することを承諾同意いたします。
検査についても、上記同様に承諾同意いたします。

年 月 日

お客様署名 _____

住 所 _____

電 話 _____

親族または理解補助者（父母・配偶者・兄弟姉妹等）

ご署名・続柄 _____

住 所 _____

電 話 _____

注：提供された同意書は、診療前にいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

そのような場合でも当院において不利益を受けることは一切ありません。

年 月 日

私は上記の説明書に基づき、お客様に対する診療についてご説明いたしました。

説明医師署名 _____

診療録控