

# NMN点滴療法の検査・治療に関する同意書

以下に記載する事項は、NMN点滴療法の治療時に、あなたが知っておくべき重要事項です。最後までよく読んで、あなたの担当医師とその内容について話し合っ十分に理解した上で、良く理解し、自己の責任において了承し、末尾に署名してください。

## 1. 提供される医療の内容

NMN点滴療法は、NMNを静脈内に留置した注射針から少量ずつ投与します。

NMNとはビタミンB3の中に含まれる成分のひとつで、正式名称は「ニコチンアミドモノヌクレオチド」です。ヒトやあらゆる生物に存在し体内で自然に生成されている物質ですが、年齢とともに減少することで、様々な体調面の変化を感じられる様になると考えられています。

## 2. 当院が施術するNMN点滴療法は、日本において未認可の治療法であり、検査・治療は、保険適用外の自費診療となります。

## 3. NMN点滴療法の実施により期待できる効果及び予期される危険

当院が施術するNMN点滴療法は、治療効果には個人差があり、治療効果を保証するものではありません。また、他の治療法と同様に臨床例が積み重ねられた結果、将来的に現在の検査・治療に対する評価が変化することがあります。

## ■副作用

NMN点滴療法により、注射部位及び周囲の疼痛、痒みが起こる場合がございます。

NMN点滴による副作用として、投与量により血管痛が報告されています。

医師の指導に従わない場合には、治療効果を得られないだけでなく、障害が発生する場合がありますので、必ず担当医師の指導に従ってください。また、検査・治療の過程で異常を感じた場合には、必ず医師の診断を受けて、その指示に従ってください。

## 4. 他の治療法の有無、内容、他の治療法により予期される効果及び危険との比較

- ・NMN点滴療法の適用は多いため、一概に比較ができません。
- ・選択できる治療法については、担当医師とよくご相談ください。

5.NMN点滴療法を受けることを拒否又は撤回することが可能です。当院は患者さまに対して不利益な取扱をいたしません。

6. 当院で治療等を受ける者の個人情報の保護に関する事項当院の個人情報取扱規程に定めていますのでご確認ください。

NMN点滴療法の実施に係る費用に関する事項（治療を受ける者が支払う費用）は別紙、料金表ご参照ください。

御中

私は、私の現在の症状や既往症など担当医師から尋ねられた事項について正確な事実を告げたうえで、担当医師と上記説明も含めNMN点滴療法について話し合い、上記内容を十分に理解し、同意いたしました。そのうえで、私は、自らの判断で、本治療を受けることを決定いたしました。

クリニック

年 月 日

[患者・代諾者] 住所： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[患者・代諾者] 署名： \_\_\_\_\_

代諾者の同意の場合：患者と代諾者の関係は、[親権を行う者、配偶者、後見人  
その他これらに準じる者] です。

担当医師署名： \_\_\_\_\_

院内資料