**カモスタットメシル酸塩処方における同意書**

銀座まいにちクリニック　御中

私は、貴院の担当医師より、カモスタットメシル酸塩（以下　カモスタット）処方の使用目的、使用方法及び効果、副作用の内容、他の治療法の有無等について十分な説明を受け理解しましたので、下記の事項を了承の上、カモスタットの処方を受けることに同意致します。

①　私の全ての内服薬や既往症について情報提供し、医師の指導を守ること

②　カモスタットは、新型コロナウィルス等に対する効果が研究段階であるため、貴院が新型コロナウィルス等に対する明確な効果を保証しないこと及び貴院が新型コロナウィルス等の効果に関する責任を負わないこと

③　カモスタットの服用において、私に副作用症状等の何等かの健康被害が出た場合であっても、貴院では責任を負わないこと

④　貴院の医師が指示しているカモスタットの内服量は、あくまで現状の論文内容から判断しているものであり、新型コロナウィルス等の予防ないし治療薬として規定されている量ではないこと（なお、2021年５月17日時点での保険診療では、１日３回毎食後６錠まで安全性が確保されていること）

私は、上記内容につき承諾の上、カモスタット処方に同意いたします。

同意日　　　年　　月　　日

住所

　　　　　　　　　　　　　氏名