

年 月 日

病院

先生 御侍史

がん組織の返却についてのお願い

拝啓 先生におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、私は、他院にてがん免疫療法の一つである「自家がんワクチン療法」を受診したいと考えており、がんワクチン作製に必要ながん組織の返却についてご相談させていただきたく、お手紙をさし上げました。

自家がんワクチンは私自身のがん組織が原材料（がん抗原用）となります。その作製には目安として大人の小指の 1/3 程度、または 500 円玉の面積で厚さ 2 枚分程度（1.5g 以上、できれば 2g 以上のホルマリン固定組織、パラフィンブロックなら 3～4 個以上）が必要です。つきましては、誠に恐縮ではございますが、貴院にて摘出された私のがん組織のパラフィンブロックもしくはホルマリン固定標本を、自家がんワクチン作製のためにお分けいただきたく、ここにお願い申し上げます。

組織の返却にあたり、貴院の事務手続きや保管・管理にご負担をおかけすることのないよう、以下の点について私の方でも最大限協力させていただきます。

- ・パラフィンブロックの場合は、自家がんワクチン作製前に依頼することで、少量ながら切片の再作製が可能な状態でブロックを貴院にお返しすることにも対応しているそうですのでお申しつけください。
- ・もし貴院からがん組織を返却していただける場合は、私に直接お渡しいただくか、下記の自家がんワクチン受診予定の医療機関宛てにお送りいただければ幸いです。送付にかかる費用は私が負担いたします。

また、貴院から直接セルメディシン株式会社（〒305-0047 茨城県つくば市千現 2-1-6・C・B-1、TEL：029-828-5591）へご送付いただくことも可能です。この際は、必ず、別紙の「がん組織返却情報記録書」をつけて、宅急便等を利用し着払いにてお送りください。

また、できる限り「診療情報提供書」を添付していただきますようお願い申し上げます。これがあれば、他院で「自家がんワクチン療法」を受診する際、大きな助けになります。

自由診療を受けるのが他院である場合は、貴院とは異なる医療機関であるため、貴院における保険診療が混合診療扱いになることはありません。それを規制する法律も罰則も判例も現在はないからです。この点は弁護士に確認済みです。

- ・組織の返却に際し、貴院にて所定の手続きや書類等が必要な場合、速やかに対応いた

しますのでお申し付けください。

不躰な願いとは存じますが、私の希望する治療のためにお力添えいただければ大変幸甚に存じます。

お忙しい中で大変恐縮ですが、何卒前向きにご検討くださいますよう、どうかよろしくお願い申し上げます。

敬具

(貴院診察券番号) _____

(患者自署署名、または、代理人自署署名)

(患者) _____ (代理人) _____

(自家がんワクチン療法受診予定の医療機関名) _____

(自家がんワクチン療法受診予定の医療機関住所)

〒 _____

TEL: _____