

同意書

医療法人なこそ整形外科クリニック 理事長 武田 知通 殿

治療名： 多血小板血漿（PRP）を用いた関節内疾患に対する治療診断名：

担当医師： 武田 知通 印

【説明事項】

- ☐ はじめに
- ☐ 再生医療について
- ☐ 治療の目的
- ☐ 対象疾患・適応基準・除外基準
- ☐ PRP とは・PRP に含まれる成分
- ☐ 組織を修復するために必要なもの
- ☐ PRP の調製（自家 PRP）
- ☐ 治療の理論
- ☐ 治療の方法
- ☐ 治療後の注意点
- ☐ 他の治療との比較
- ☐ 治療の長所・メリット
- ☐ 治療の短所・デメリット
- ☐ 当該再生医療等技術の安全性・妥当性
- ☐ 治療にかかわる費用について
- ☐ 治療を受けることを拒否することについて
- ☐ 健康被害が発生した場合の補償および治療
- ☐ 血液・感染症検査料は PRP 療法同意撤回後も返却されません
- ☐ 備考

多血小板血漿（Platelet-Rich Plasma：PRP）投与による治療説明書の内容を十分に理解し、貴院における治療方法の説明を受け、疑問点については質問をし、担当医より回答を得た上で、治療を受けることに同意します。

年 月 日

本人氏名

印

住 所

代諾者氏名

印

（必要な場合のみ）

住 所

同意撤回書

医療法人なこそ整形外科クリニック 理事長 武田 知通 殿

担当医師：武田 知通

私は再生医療等「多血小板血漿（PRP）を用いた関節内疾患に対する治療」の提供を受けることについて同意いたしましたが、この同意を撤回いたします。なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存はありません。

撤回年月日 年 月 日

患者様ご署名

同意随伴者様ご署名 （患者様との関係 ）