

患者様記入欄

変形性関節症および関節腔を対象とした自家多血小板血漿注入療法

同意撤回書

私は、変形性関節症および関節腔を対象とした自家多血小板血漿注入療法について十分な説明を受け、本治療の内容等を理解し、治療を受けることに同意しましたが、その同意を撤回いたします。

年 月 日

患者様署名

\_\_\_\_\_

年 月 日

代諾者様署名（患者様との関係： ）

\_\_\_\_\_

病院記入欄

\_\_\_\_\_  
様の変形性関節症および関節腔を対象とした自家多血小板血漿注入療法について、同意撤回を受諾しました。

年 月 日

担当医署名

東金沢整形外科クリニック

\_\_\_\_\_