

(別途フェイシャル契約書必要)

PRP（皮膚再生療法）治療同意書

筋腱靭帯等の損傷した運動器の再生・治療を図るために、自己多血小板血漿（以下 PRP と略す）の注入を行うことを目的とした治療から美容医療に応用しています。PRP はご自身の血液の中の血小板を濃縮した成分です。PRP の中には再生を促進する様々な成長因子が含まれています。PRP 作製作業は清潔操作で行われかつ自己血液であるために他人からの病気がうつる、あるいは感染症を起こす心配は基本的にありません。

- ① 施術時、注入部位の消毒を行います。消毒でかぶれたことのある方は事前にスタッフまでお申し出下さい。消毒した部位の皮膚の赤みは数時間で消失致します。
- ② PRP を作製するためには、通常片側の肘の静脈から清潔な翼状針とホルダーで各 1 本あたりスモールスピッツ（約 10ml）の採血を行い、採血した静脈血を遠心分離機を使用して遠心し血小板を濃縮、PRP を作製します。
- ③ 静脈血採血による合併症は極めて稀ですが、失神・吐き気・静脈炎・内出血斑・神経損傷を起こす可能性があります。
- ④ PRP（皮膚再生療法）の注入には細い注射針を使用いたしますが、痛みが生じます。痛みを軽減させるためにリドカインを用いた皮膚表面麻酔を行います。アレルギーがある方は事前にスタッフまでお申し出下さい。
- ⑤ 治療費は 1 シリンジ 6 万円（税抜価格）となります。
- ⑥ 施術には麻酔代が別途必要になります。（¥1,500）
- ⑦ 注入部位により針を刺す回数が異なりますが、最低 5～10 箇所注射いたします。これにより針跡が赤く点状に残ることがありますが、2～3 日程で消失します。
- ⑧ 内出血がみられる場合は引くまでに 2～4 週間程度かかる場合があります。
- ⑨ 注射後 2～3 日は鈍痛が残る場合がありますが一時的な経過ですので心配ありません。
- ⑩ お化粧は注入直後から可能です。
- ⑪ 効果の実感や出方には個人差がありますが、3～6 ヶ月後より実感でき、普通 1 年から 2 年ほどは効果が持続します。注入は一回で終了するため、通院の必要もありません。
- ⑫ 細胞提供者と施術者は同一のため細胞提供者の選択は行えません。また細胞提供者と施術者は同一のため日本美容賠償保険で対応します。ただし、採血

時及び経過中に生じた有害事象においては適切な処置を施し、悔過によっては他の医療機関を紹介します。その他既往歴や診察結果で PRP の施術をお断りする場合がございます。

- ⑬ 他の治療法との比較：ヒアルロン酸やステロイド注射等とは機序が異なり類似する方法はありません。そのため利益・不利益は比較できません。
- ⑭ PRP の保管及び移動は行いません。また PRP 作製に関わる材料（血液）及び器材は医療廃棄物として処理します。
- ⑮ 本治療は「自己多血小板血漿 (PRP) を用いた美容療法治療」（計画番号:PC7160001）という名称で、特定非営利活動法人日本アンチエイジング医療協会認定再生医療等委員会（認定番号 NB3150019・問い合わせ及び苦情窓口：03-5911-5524）における審査の厚生労働大臣に再生医療等提供計画を提出し認可を受けています。また、定期報告義務を有します。
- ⑯ PRP 療法に関して細胞提供者から提供された PRP に関する財産権は当クリニックに帰属します。細胞提供者には PRP 療法に関する特許権・著作権及び財産権は帰属しません。また、PRP 療法を行うことで第三者の特許権・著作権及び財産権を侵害することはありません。
- ⑰ PRP 療法を受けるか受けることを拒否するかはあくまで任意であり、PRP 療法を受けることを拒否したり、同意を撤回することにより不利益な取扱いを行うことはありません。

治療効果および利益・不利益

PRP 注入は、シワ、タルミ、ニキビ跡を完全に改善するものではなく患者様個人の自然治癒力を利用しているため、徐々に改善しますが効果に個人差があること及び治療効果を保証するものではありません。また、効果の過程によっては複数回の治療が必要となることがあります。

PRP 療法の利益は皮膚老化に伴う諸症状やニキビ跡の質感の改善です。PRP 療法には、晴れや内出血が起こる不利益がありますが、これは通常の検査等と同レベルの内容ですので医学的に問題はありません。

PRP 療法の機序と目的及びその実施に関わる利益と不利益を十分説明しました。私は全ての質問に私の能力の最善を尽くして答えました。またこれからも答えるつもりです。

説明年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
説明医師氏名 院長 松尾 眞二郎 印

天神皮ふ科 管理者・実施責任者・細胞採取者：院長 松尾 眞二郎
問い合わせ及び苦情窓口：092-733-0871

同意

※私は、この技術を使った治療に対する私の同意や私に対する背術は、施術前であればいつでも撤回することは自由であることを知っています。

私の同意の撤回や背術の拒否により、私が治療を引き続き受ける資格を損なうものではないこと、もし治療期間中に疑問を持った場合には医師に対して胃診察時や電話で尋ねることができることの説明を受け、理解しました。

守秘義務（個人情報）

※私は、私及び私に対する本治療に関する医学的情報は法律で要求される期間、秘密を守って保存されることを理解しました。ただし、私個人を特定できないような情報は、私の許可がなくても、教育や研究に使用しても構いません。

この書類の理解

※私は以上の処置とそれに伴う利益及び不利益について完全な情報の提供を受けたことを確認しました。決定まで十分な時間をかけ、決定は私の意思で行いました。

※私は、老化に伴う皮膚の諸症状や皮膚の質感を改善するために、PRP を皮膚に駐車することに同意します。

西暦 20 年 月 日

氏名 _____ 印 _____

保護者・代理人 _____ 印 _____

※本人が未成年者または同意能力がない場合のみ署名してください。