自己多血小板血漿(PRP)療法の説明・同意書

本治療は「自己多血小板血漿（Platelet Rich Plasma）を用いた美容療法」（計画番号 PC3150094）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）における審査後、厚生労働大臣に再生医療等提供計画を提出し、受理されています。また、定期報告義務を有します。本治療における採血および PRP 作製は、信州会クリニック内で実施します。なお管理者ならびに実施責任者は　院長　永井一成です。

● PRP 療法の目的と概要

自己多血小板血漿(PRP)療法とは、ご自身の血液から抽出した血小板を多く含む多血小板血漿(PRP)を皮内あるいは皮下に注入して傷の治癒促進や老化によって変化した皮膚などの自己組織の修復・再生を促す再生医療法です。ご自身の血液から作製しますので、アレルギーや拒絶のような免疫反応は起きません。また、ヒアルロン酸注射や光線療法とは機序が異なるものであり、類似する方法ではありません。

● 作製から注入までの手順

PRP 注入液を作製するためには、通常 20mL の静脈血を肘などから採血します。
採血管を遠心分離して血球と血小板を含む血漿とに分けます。
多血小板血漿の部分のみ採取し、治療に用います。
PRP を治療目的部位の皮内あるいは皮下に注入します。
注入後、局所の腫れや皮下出血が起こることが稀にありますが、自然に治ります。
採血から皮下注入は 2 時間以内に行います。

● PRP の治療効果

PRP 注入は、完全にシワ・タルミを瞬時に改善するものではなく、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。従って治療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、シワ・タルミの程度によっては複数回の治療が必要となることもあります。

● 施術の同意と撤回

この技術を使った治療に対する同意を施術前であればいつでも撤回することは自由です。また、同意の撤回は治療を引き続き受ける資格を損なうものではありません。
もし、治療期間中に疑問を持った場合には、医師に電話及び診察でお尋ね下さい。

● 守秘義務

医学的情報は法律で要求される守秘義務を遵守いたします。ただし、私個人を特定できないような情報は、教育や研究に使用することもあります。

● 治療代金

一般的な治療には採血管 2 本の使用を基本としており、この場合の治療代金は 20 万円（別途消費税）となります。

● 保管や廃棄処理

作製した PRP の保管および移動は行いません。

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。

問い合わせ及び苦情は下記にて対応します。

信州会クリニック 受付窓口 TEL:03-3662-1166

前述の処置の本態と目的及びその実施に関わる危険性を十分説明しました。

私は全ての質問に私の能力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 （自筆署名）

管理者・実施責任者 院長：永井 一成 連絡先:03-3662-1166

同意書

信州会クリニック 院長殿

私は、上記の診療行為およびこの技術を使った治療に対する同意を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。 また撤回が治療を引き続き受ける資格を損なうものではことを知っています。もし、治療期間中に疑問を持った場合には、医師に電話及び診察で尋ねます。なお、上記の診療行為中予期しない生命にかかわる緊急状況が発生した場合は、医師が必要と判断した処置を行うことも同意します。

●守秘義務

私は、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す。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かまいません。

●この書類の理解

私は以上の処置とそれに伴う利点、危険性について完全な情報の提供を受けたことを確認します。私は、シワやタルミを改善するために、PRP を皮膚に注入することの決定には十分な時間をかけ検討し、施術同意決定は私の意志で行いました。

申込日：平成　　年　　月　　日	
患者氏名：　　㊞	生年月日　　年　　月　　日
住所：〒	
連絡先：	

● 患者本人が未成年者、または親族等の同意が必要な場合
親族等氏名：　　㊞
（患者との続柄：）
住所：〒
連絡先：