

年 月 日

同意書

Kobe OCEANS Clinic

院長 春藤哲正 殿

治療名：多血小板血漿を用いた変形性関節治療

<説明事項>

1. はじめに
2. 多血小板血漿を用いた治療について
3. 治療の方法と治療期間について
4. 治療が中止される場合について
5. 予測される利益(効果)と不利益(副作用)について
6. PRP と他の治療の比較について
7. 健康被害について
8. 情報の開示と個人情報の取り扱いについて
9. 試料等の保管及び破棄の方法
10. 同意の撤回（取りやめ）について
11. 患者さんの費用負担について
12. 担当医師及び相談窓口
13. 本治療を審査した認定再生医療等委員会について

【患者さんの署名欄】

私はこの治療を受けるにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本治療を受けることに同意します。

同意日： 年 月 日

患者氏名： _____ (自署)

代諾者氏名： _____ (自署)

(続柄：)

【説明者の署名欄】

私は、上記患者さんに、この治療について十分に説明いたしました。

説明日： 年 月 日

氏名： _____ (自署)

年 月 日

同意撤回書

Kobe OCEANS Clinic

院長 春藤哲正 殿

治療名：多血小板血漿を用いた変形性関節治療

【患者さんの署名欄】

私は、再生医療等の提供を受けるにあたり、担当医師から説明を受けて十分理解し同意しましたが、再度検討した結果、私の自由意思による参加の中止も自由であることから、本治療への同意を撤回いたします。

同意撤回日： 年 月 日

患者氏名： _____ (自署)

代諾者氏名： _____ (自署)

(続柄： _____)

【説明者の署名欄】

私は、上記患者さん再生医療等の提供について、同意撤回の意思を確認いたしました。

確認日： 年 月 日

氏名： _____ (自署)