

治療同意書（クリニック控え）

殿

このたび、私は血液を採取し、PRP治療を行うにあたり、担当医師より詳細な説明を受け、同意いたしました。

特に下記項目については、担当医師とともに確認いたしました。

- 多血小板血漿を用いた治療について
- 治療の方法と治療期間について
- 治療が中止される場合について
- 予測される利益（効果）と不利益（副作用）について
- 治療を受けられない場合の治療について
- 健康被害について
- 試料の保管および廃棄の方法について
- 情報の開示と個人情報の取り扱いについて
- 患者様の費用負担について
- 担当医師及び相談窓口
- 再生医療普及協会認定再生医療等委員会について

年 月 日

患者様 _____ (本人自署)

医師 _____ (本人自署)

同席者（任意） _____ (本人自署)

【その他特記事項】

重要) この同意書にサインすることで患者様の正当な権利が制限されることは一切ありません。
また、この同意書の存在が、担当医師の免責に供されることもありません。

治療同意書（患者様控え）

殿

このたび、私は血液を採取し、PRP治療を行うにあたり、担当医師より詳細な説明を受け、同意いたしました。

特に下記項目については、担当医師とともに確認いたしました。

- 多血小板血漿を用いた治療について
- 治療の方法と治療期間について
- 治療が中止される場合について
- 予測される利益（効果）と不利益（副作用）について
- 治療を受けられない場合の治療について
- 健康被害について
- 試料の保管および廃棄の方法について
- 情報の開示と個人情報の取り扱いについて
- 患者様の費用負担について
- 担当医師及び相談窓口
- 再生医療普及協会認定再生医療等委員会について

年 月 日

患者様 _____ (本人自署)

医 師 _____ (本人自署)

同席者（任意） _____ (本人自署)

【その他特記事項】

重要) この同意書にサインすることで患者様の正当な権利が制限されることは一切ありません。
また、この同意書の存在が、担当医師の免責に供されることもありません。