

施術説明同意書

契約内容 施術内容：ACR療法(多血小板血漿(PRP)注入) 施術部位：_____ 費用(税込)_____

治療法 皮膚老化の再生を図る目的として、患者さまご自身の血液を遠心分離することで得られた多血小板血漿(PRP)を皮膚に注入します。PRPは血小板を濃縮した成分で、この中には皮膚の再生を促進する様々な成長因子が含まれており、患部に注入することで、傷の治癒促進や老化した皮膚の再生等が期待できます。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、あるいは感染症を引き起こす心配は基本的にはありません。

確認事項 下記のいずれかに該当する方は施術ができません。

- 妊娠(可能性がある方)・授乳中の方や小児の方 抗凝固薬、抗血小板などを服用されている方
- 心臓病・脳梗塞の既往のある方 肝臓の悪い方など現在治療を要する方(医師の診察により可能な場合もある)

説明

- 施術前に治療部位に表面麻酔を行います。
- 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。
- PRP注入液を作製するためには、通常 _____ ccの静脈血を片側の肘の静脈から採血します。
- 血小板活性を促すためにアドレナリン含有リドカインを少量加えます。
- PRP注入後、腫れや内出血が起こります。
- 施術後にホットタオルで加温します。
- 他の治療法との比較：ヒアルロン酸注射や光線療法とは機序が異なり、類似する方法はありません。
- PRPは保管せず、移動しません。
- 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。
- 本治療は「自己血小板血漿(PRP)を用いた美容療法」(計画番号PC3150507)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)における審査の後、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。
- お問い合わせ及び苦情は下記にて対応します。

治療効果 PRP注入は、個人の自然治癒力を利用しているため徐々に改善するが、完全にシワやたるみ・ニキビ痕などを改善するものではなく、その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、患部の症状の程度によっては複数回の治療が必要となることがあります。

術後の経過・注意点

- ・術後、発赤・腫脹・内出血・痒み・熱感・軽いこわばり感が見られることがあります。
この症状は、個人差がありますが、通常は2週間～2ヶ月かけて徐々に改善されていきます。
- ・複数回の治療を継続することでより効果を高めることができます。
- ・効果持続期間は約6ヶ月～1年程度とされています。
- ・2回目の治療は2ヶ月後より可能です。
- ・当日は激しい運動は避け、飲酒はお控え下さい。
- ・治療当日のみシャワーは可能ですが、入浴・サウナなど体を温めることはお控え下さい。
- ・肌の細胞の老化を防ぐような施術の併用により効果を長く維持できます。

洗顔・メイク

- ・治療直後よりお化粧品はして頂けます。
- ・エステ・パック・マッサージ等は当日のみお控え下さい。

裏面に続く→

※万が一、施術準備から終了までの間に、患者様の血液が付着した針が、職員に刺さるなどの事故が生じた場合、採血による感染症検査をさせていただきますのでご協力をお願いいたします。

なお、ACR では施術に血液を使いますので、検査用のサンプルを使用いたします。

※治療に関して異常または不明な点が生じた場合は、必ず当院へご連絡後速やかに来院して下さい。

前述の処置の本能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 松村奈津美 お問い合わせ窓口：銀座フェミクリニック 電話 03-5524-3811

同意

私は、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。私の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尋ねることができます。

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。決定まで十分な時間をかけ、決定は私の意志で行いました。

私は、貴院において ACR 療法（多血小板血漿 (PRP) 注入) 施術を受けることに同意します。

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人氏名（自筆署名） _____

保護者・代理人氏名（自筆署名） _____ 電話番号 _____

※本人が未成年または同意能力がない場合のみ署名してください。