

同意書

横浜整形外科クリニック

院長 野村 栄貴 殿

治療名：多血小板血漿（PRP）による変形性関節症治療

<説明事項>

1. この治療を受けるかどうかは自由意思であり、この同意書にサインをした後であってもいつでも撤回でき、そのために不利益は受けないこと
2. あなたから採取された生体材料(血液)を無償提供していただくこと
3. あなたから採取された生体材料(血液)はこの治療に必要な検査や治療のための加工作業以外の目的で使用されないこと
4. この治療の目的について
5. この治療の方法と治療期間について
6. 治療が中止される場合について
7. 予測される利益(効果)と不利益(副作用)について
8. 他の治療法について
9. 個人情報取扱実施規程に基づく個人情報の保護について
10. あなたの費用負担について

費用負担額 ¥ 250,000 (税抜)

* 標準的な治療費用。治療内容により費用が変動いたします。施術する前に詳細な説明をいたしますので、ご納得いただいた上で施術いただきますようお願い申し上げます。

11. 担当医師、相談窓口について

【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「患者さんへ 治療名：多血小板血漿（PRP）による変形性関節症治療、同意説明文書 Ver. 7」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： _____ (自署又は印)

【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

所属： 横浜整形外科クリニック (自署又は印)

氏名： _____ (自署又は印)