

# PRP（多血小板血漿）注入療法 説明書および同意書

医療法人社団美星会 千葉中央美容形成クリニック

## 【方法】

○PRP（多血小板血漿）注入療法とは、血液から抽出された高濃度血小板血漿を、再び自身の皮膚に注入することで、自らの持つ創傷治癒機能を活用した細胞レベルでのしわ・たるみ等の肌の若返りや創傷治癒促進などの治療です。

○血液の採取の採血と同様方法で行い、8～32ml程度必要となります。

## 【適応症】

小じわ（顔全体）、目の下や頬部のくぼみ、たるみ、ほうれい線の改善、ニキビ跡の治療、老化した肌の細胞の修復（再生）、創傷治癒の促進、肌のテクスチャー改善など

## 【禁忌及び要注意についての医師確認事項】（患者様ご自身で□へ✓をご記入ください。）

有 無

- 局所に感染がある方、ケロイド体質の方
- 同部位への注入間隔が1ヶ月に満たない方（他院受診の場合クリニック名：\_\_\_\_\_）
- ヒアルロン酸以外の注入剤・金属が充填されている場合（種類：\_\_\_\_\_）
- ヒアルロン他充填剤の使用によりアレルギー経験がある方
- 妊娠している方、悪性腫瘍の方またはその可能性のある方、全身状態が不安な方
- 血液疾患、肝機能障害のある方
- 抗凝固薬を服用している方

## 【リスク・副作用など】

- 1) 採血時にごくまれに神経を痛めることがあります但し医師が適切な治療を施します。
- 2) 体調が優れない場合や血液の状態によって、ごく稀に1度の採血ではPRPが分離できず治療が行えない場合があります。その際は、再度採血をさせていただく場合があります。
- 3) 治療部位およびその周囲に内出血・痛み・赤み・腫れが出ることがありますが、3日～1週間程度で改善します。
- 4) 注入部位を不衛生な状態にすると感染が起こる可能性があります。
- 5) 加工した細胞を注入し、その細胞が活性化されるまでには時間が必要です。治療効果は、施術後1週間目以降から3ヶ月目にわたって徐々に現れ、2年程度持続しますが、個人差があります。
- 6) 充填剤の治療ではありませんので、注入後すぐ効果が現れるわけではありません。
- 7) 注入は医師と状態を確認しながら進めます。細胞の増殖の過程は個人差、部位差があります。同部位の追加は1ヶ月以降となります。
- 8) 細胞成長因子を用いた治療なので、悪性腫瘍またはその既往歴のある方に関しては施術できない場合もあります。
- 9) 妊娠及び妊娠の可能性のある方、授乳中の方、心臓・肝臓・血液疾患のある方、又は血液を固まりにくくする薬などを服用されている方は、治療を控えていただくことがあります。必ず事前に、医師へご相談ください。

## 【他の治療法について】

小じわ、くぼみの改善にはヒアルロン酸・ボツリヌストキシンの注入があり、PRPと比較して効果の出現は早いですが、効果の持続が3～12か月とPRPより短いです。ニキビ跡改善にはレーザー治療がありますが、1か月ごと複数回の治療が必要です。いずれもPRPと併用は可能です。

### 【施術後の注意点】

- 1) 治療の当日からシャワー、洗顔、メイクが可能です。
- 2) 注入当日は激しい運動、サウナ、入浴は避け、飲酒も控えてください。
- 3) 注入後は患部を清潔にし、指示がある場合は外用剤の塗布、内服薬の服用をして下さい。注射後の紅斑、内出血などが起こることもあります。数日～1週間程度で自然消退します。瘢痕化した場合は長期に及ぶ場合もあります。
- 4) 安全性の高い治療とされていますが、しびれ感・灼熱感・皮下出血・頭痛・過敏症・感染などの症状が出る場合があります。多くは一過性のもので、症状の強い場合は医師の診察が必要となります。
- 5) 治療結果や経過には個人差があり、治療にはある程度限界もあります。主観的・客観的な仕上がりに対する判断も異なり満足度は各人各様です。従って医師の申し上げることは、おおよその予測とご了承ください。
- 6) 治療後は自己管理が大切ですので、医師及び看護師の指示を必ずお守りください。

### 【施術費用】

この再生医療治療は、医療保険適用外（自由診療）施術ですので全額自費でお支払いいただきます。

施術費は\_\_\_\_\_円（税込）となります。

### 【術前にご理解いただきたいこと】

※治療には効果だけでなく副作用が発症する可能性があることもご理解ください。また、予期せぬ健康被害が起こりうる場合がありますが、医師は出来得限りの医学的対処を行います。

※心配、不安なことがありましたら、当院連絡電話にいつでもご連絡、ご来院下さい。

※治療を受けるか拒否するかは任意で、たとえ同意をしたあとでも加工を開始するまでは撤回することができますし、拒否または撤回によって何ら不利益を被ることはありません。

※当院の責による健康被害が発生した場合は、当院が必要と判断した治療に関して無償でその治療にあたります。

一方、予見できない副作用発症の場合や治療効果についての主観的な見解の相違がある場合の治療費や補償については双方協議して決定します。

※本治療に関わる個人情報、クリニック管理者によって法に基づいて厳正に管理されております。

※次回再来院時に簡単なアンケートにお答えいただきます。ご協力をお願いいたします。

以上、【PRP療法】の説明を受け、この書面の内容を十分に理解し、疑問点については質問し、説明を受け、納得した上で、自らの意思で施術を受けることに同意します。

年 月 日

患者住所：\_\_\_\_\_

患者氏名（自筆署名）：\_\_\_\_\_ 印（本人）

同席者住所：\_\_\_\_\_

同席者氏名（自筆署名）：\_\_\_\_\_（本人との続柄）

※以下は選定した場合のみ（本人が未成年者の場合は必須です）。へをご記入下さい。

代諾者住所：\_\_\_\_\_

代諾者氏名（自筆署名）：\_\_\_\_\_（本人との続柄）

担当医師：\_\_\_\_\_