

毛髪再生に対するPRP(多血小板血漿)療法同意書

医療法人社団ミッドタウンクリニック
東京ミッドタウン皮膚科形成外科ノアージュ
院長 上島 朋子 殿

私は、別紙「毛髪再生に対するPRP療法 第1版 説明文書」を用いて、下記の説明を十分理解したうえで同意し治療を希望します。なお、再生医療等を受けることは自由意志によるものであり、再生医療等を受ける者(又は代諾者)は、理由の有無にかかわらず拒否又は撤回することができること。再生医療等を受けることを拒否すること又は同意を撤回することにより不利益な取扱いを受けないことを確認しています。

※別紙「毛髪再生に対するPRP療法 第1版 説明文書」をご確認いただき、下記のチェックボックスにチェックを入れてください。

- 1. はじめに
- 2. 再生医療等を提供する医療機関の名称並びに管理者、実施責任者及び再生医療等を行う医師の氏名
- 3. PRP(多血小板血漿)療法の目的及び内容
- 4. 治療の流れについて
- 5. 治療に対する効果(予想される臨床上の利益)について
- 6. 副作用および不利益について
- 7. 費用について
- 8. 他の治療の有無及び内容並びに他の治療法により予測される利益及び不利益について
- 9. 個人情報の保護について
- 10. 補償について
- 11. 知的財産権について
- 12. 利益相反について
- 13. 確認事項について
- 14. 担当医師および健康被害が発生した場合(苦情等も含む)の問合せ先について

【患者様記入欄】

患者様 同意年月日 年 月 日

ご氏名 _____

ご住所 _____

ご連絡先 _____

法定代理人(未成年の場合) 同意年月日 年 月 日

ご氏名 _____ (続柄 _____)

ご住所 _____

ご連絡先 _____

【医療機関記入欄】

上記の内容について、同意されたことを確認します。

同意説明年月日 年 月 日

医療法人社団ミッドタウンクリニック

東京ミッドタウン皮膚科形成外科ノアージュ

同意確認医師 _____

同意確認看護師 _____