

# 多血小板血漿療法（PRP）同意書

- 多血小板血漿療法(以下PRP)はご自分の血液から取り出した血小板を目的部位に注射（注入）する治療です。
- 保険診療ではありませんので、自費診療になります。治療費は初回10万円（税別）、2回目以降7万円（税別）です。
- 類似の効果を得るための治療として、ヒアルロン酸注射やボトックス注射があります。PRPは自分自身の血小板から作成したものであるため、副作用が見られないというメリットがあります。また、その効果は数か月間持続しますが、シワ、たるみがなくなるわけではありません。
- 治療後は治療部位が赤く腫れ痛みます。その症状が完全に治るまでに1週間ほどかかります
- 注射した場合は、針の痕が10日ほど残ります。

以下の 内にチェックを入れて、ご署名をお願いいたします。

## 同意

私は、PRP療法に対する同意を採血前であればいつでも撤回できること、PRP療法を受けることを拒否することは自由であることを知っています。またPRP療法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ることはないことを知っています。もし、治療期間中に疑問を持った場合には、医師に電話および診察で尋ねることができます。

## 治療費

私は、PRP療法を行うにあたり、以下の治療費を支払います。

治療費 PRP 1mlあたり 初回 100,000円(税別)、 2回目以降 70,000円(税別)

## 守秘義務

私の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、決定は私の意思で行いました。

私は、PRP療法を受けることに同意します。

平成 年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_.