

「自己多血小板血漿（PRP）を用いた皮内から皮下注入療法」施術同意書

1. 治療について

本治療は、自己多血小板血漿（PRP）を皮膚へ注入することで、老化した皮膚の再生を促し、皮膚の若返り効果が期待できます。PRP はご自身の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います。これらは、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、あるいは感染症を起こす心配は基本的にはありません。

2. 治療の内容

- (1) 施術前に表面麻酔を行なうことがあります。（注入部位や量などによって医師が判断します）
- (2) PRP 注入液を作製するためには通常 20ml の静脈血を静脈から採血します。
- (3) 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。
- (4) 血小板活性を保つために塩化カルシウム、エピネフィリン含有キシロカインを少量加えます。
- (5) PRP 注入後、腫れや内出血が起こることがあります。

3. 治療の効果

PRP 注入は、完全にしわ・たるみを改善するものではなく、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、その治療効果に個人差があること及び治療効果を保障するものではありません。また、しわ・たるみ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。

PRP の類似治療として、一般的には、ヒアルロン酸やコラーゲンなどの人工物の注入が行われています。これらは即時性の高いしわ・たるみ改善効果を得ることができますが、注入する薬剤は異物であるため、アレルギー反応の可能性があります。それに対し PRP は、自家移植となるためアレルギー反応は起こりません。

4. 治療を受けることを拒否することについて

あなたがこの治療を受けるかどうかは、あなたご自身の自由な意思でお決めください。説明を受けた後に同意されない場合でも、あなたは一切不利益を受けませんし、これからの治療に影響することはありません。また、あなたが治療を受けることに同意した場合であっても、いつでも取りやめることができます。

5. 個人情報保護について

「個人情報の保護に関する法律の施行」に基づき、当院には、個人情報取り扱い実務規程があります。あなたの氏名や病気のことなどの個人のプライバシーに関する秘密は、固く守られ外部に漏れる心配はありません。

本治療による成果については、今後の治療に役立てるため、医学に関する学会、研究会などでの発

表、論文などでの報告をさせていただくことがあります。その際には、あなたのお名前など、個人の秘密は固く守られます。

6. 費用について

症状によって、薬代など他の諸費用がかかることがあります。本治療の費用の明細は、医師もしくはスタッフにお尋ねいただくか、別紙御見積書をご確認ください。

本治療を受けることに同意される場合、下記にご署名ください。

このたび、私は「自己多血小板血漿（PRP）を用いた皮内から皮下注入療法」を受けるにあたり、十分な説明を受けました。本治療の内容を十分に理解し、今回自らこの治療を受けることに同意します。

同意日：平成 年 月 日

本人氏名 _____

本人住所 _____

親権者（法定代理人）氏名 _____

親権者（法定代理人）住所 _____

※ 本人が未成年の場合のみ署名してください。

説明日：平成 年 月 日

説明した医師 _____