

同意書

主治医殿

わたしは、これからわたしが受ける多血小板血漿療法について、主治医から説明書に基づいた説明を受け、その内容、効果、副作用、費用を理解したうえで、本治療を受けることに同意し、いかに署名致します。

年 月 日 署名 _____

(ルーチェッククリニック銀座院 平成29年5月1日作成)