

## PRP (Platelet Rich Plasma) 治療 説明/同意書

私は、\_\_\_\_\_ 様に対し、以下の治療を自由診療にて行うことを説明いたしました。

診断：

治療：自己血由来多血小板血漿療法 PRP (Platelet Rich Plasma) 治療  
別紙、説明文章（PRP療法を受けられる患者さんへ）あり

費用：1回のPRP治療代

“20,000円（税抜）” + “キット1本増える毎10,000円追加（税抜）”

※ 保険診療の対象外のため、一般の健康保険を使用することはできません。  
PRP治療に関わる費用は全て自費扱いで、患者さんにお支払いいただくこととなります。

緊急事態の発生を確認した場合、または医学上の検知から予定診療行為を変更や中止する可能性があります。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者氏名：\_\_\_\_\_（自署）

PRP治療を自由診療にて行うことについて、説明（説明文章および個人情報に関する内容を含む）を受け十分理解しましたので、この治療を受けることについては、次のとおりとします。

※ どちらかに“○”をつけてください。

同意します（　　）

同意しません（　　）

※ 同意については、治療前であればいつでも撤回することは可能である。同意の撤回は、治療を引き続き受ける資格を損なうものではありません。

広島赤十字・原爆病院 院長 あて

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名：\_\_\_\_\_（自署）

患者家族：\_\_\_\_\_（自署）

患者との続柄 [ \_\_\_\_\_ ]

※ 患者さんの診療にあたっては、ご家族の方がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、ご家族の署名をお願いしております。但し、患者さん本人のご了解が得られない場合はこの限りではありません（家族の範囲については、現実に患者さんの世話をされている親族及びこれに準ずる方を含みます）。