

# 同 意 書

浜松医科大学医学部附属病院長 殿

私は、「多血小板血漿（PRP）を用いた難治性皮膚潰瘍治療」申請者（形成外科 深水秀一）を受けるに当たり、以下の項目について、担当医師（形成外科）から説明文書をもとに十分説明を受け、理解しました。そこで、みずからの自由意思により、この治療に協力することに同意します。

- 1. 治療の目的
- 2. 治療の方法
- 3. 予期される治療の危険性とその副作用、医学的な対処法
- 4. 治療に協力することを拒否しても、そのために治療内容が異なったり、何らかの不利益を被ることがないこと。
- 5. 治療に協力することに同意した後も、いつでも自由に辞退できること。
- 6. 治療を中止する場合
- 7. 他の治療法について
- 8. 個人情報の保護：得られた結果は、守秘され、個人のプライバシーを侵害する可能性がないこと。
- 9. この治療に関わる費用について

平成 年 月 日

本人署名 印

治療担当者署名 印  
(連絡先 )

※この同意書は患者および治療担当者が同一のものを持ち、治療が終了するまで保管願います。