



## 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。

書類作成料	3,500円
治療費 PRP 1mlあたり	30,000円

## 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。

患者の署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

付き添い者の署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_