＜PRP 療法（自己多血小板血漿療法）について治療同意書＞

当クリニックで行われる PRP 療法について「PRP 療法治療説明書」をもって詳しい説明を受け、又、下記の点をご理解の上、治療をお受けください。

PRP 療法について

① この治療は、患者様ご自身の血液を使って、自分の力で皮膚の若返りを図る再生治療です。ヒアルロン酸などを注入して、その部分のボリュームを出す治療とは結果が異なります。

② 治療効果は、治療後すぐに現れるものではなく、通常 2～4 週間後くらいから徐々に現れます。効果を実感するまでには、ご自身の細胞自身が元気になり若返るまでの期間（細胞が活性化するまでの時間）を要するので、2～3 ヶ月の期間を要します。

③ 効果は永久的なものではなく、一般的に 6 ヶ月から 1 年程度持続します、効果を出来るだけ持続させるために、美容マシンでの施術を始めとする定期的なお肌のケアを併用されることをお勧めいたします。

④ 治療の結果には個人差があり、経過などにも個人差があります。また、症状の程度によっては、顕著な改善が認められない場合もあります。

⑤ ご自身の血液成分を利用しますので、アレルギー反応などの副作用の心配はありません。何度も治療を継続されることも問題はありません。ただし、前回の治療から 2 ヶ月以上は間隔を空けてください。

PRP 療法を受ける前の禁忌事項の確認。⑥～⑪の項目の（はい　いいえ）該当する方にご自身でチェックをしてください。

⑥ （ はい　いいえ ） 血液が固まりにくくなるような内服薬の服用はしていません。

＊血液が固まりにくくなるようなお薬を内服されている方はこの治療ができません。一時的に中止をしていただくことにより治療は可能ですが、ご自身で中止せずに必ず主治医にご相談の上、内服を中止しましょう。

⑦ （ はい　いいえ ） 心臓病、脳梗塞、肝臓の疾患の既往はありません。

＊現在治療中の方はPRP療法の実施を控えさせていただいております。ただし、状態によっては治療が可能になる場合がございますので、診察の際にお尋ねください。

⑧ （ はい　いいえ ） 妊娠中ではありません。

⑨ （ はい　いいえ ） 2ヶ月以内に本日治療部位へ PRP 療法を受けていません。

⑩ （ はい　いいえ ） 他院で PRP 療法の経験はありません。

いいえの方→施術を受けた時期[　　]　部位[　　]　添加の有無[　有　　無　]

⑪ （ はい　いいえ ） 1ヶ月以内に他院で美肌治療を受けていません。本日以降2週間、美肌治療の予定はありません。

いいえの方→施術を受けた時期[　　]　部位[　　]　施術の内容[　　]

治療を受ける前に

⑫ 治療範囲は、一度に採取できる血小板の量により異なります。採取できる量や効果には、若干の個人差があります。

⑬ 施術部位は、基本的にどの部位でも可能です。（首や手の甲などにも可）

⑭ 注射で行うため、注射による痛みが若干ありますが、治療開始前に麻酔クリームを使用しますのでご安心ください。

⑮ 注射に要する時間は、麻酔やカウンセリングも含め 1 時間余り見ていただければ結構です。

治療後について

⑯ 注射で行うため、次のような症状が生じることがあります（個人差あり）が、必ず消失をしますのでご安心ください。

◆注射の針跡→数日で消失　**◆赤み→**直後に直後に少し多めに出現するが、1～2時間で消失　**◆内出血→**5～7日程度で消失

◆腫れ→終わった直後から出現。3～4 日で消失　**◆ごわごわ感（注入部位を触った時など）→**2～3日で消失

⑰ 治療当日は、基本的には日常生活の制限はありませんが、入浴（シャワー可）、飲酒、運動は控えてください。お化粧は当日から可能です。

⑱ 治療後 2 週間の間は、施術部位のマッサージや美容マシンによる治療は禁止です。（インディバは翌日から可能）

その他

⑲ 治療経過の記録のため、写真撮影をすることをご了承ください。

⑳ 個人情報取扱規定に則って患者様情報は厳重に管理し、また、患者様情報は治療目的以外への使用はいたしません。

㉑ 治療料金について　　プロシスキット 1 キット 60,000 円（税別）　2 キット 120,000 円（税別）

＊ダーマシャインを用いて投与する場合は別途 10,000（税別）が必要です。

㉒ 料金は改定される場合があります。

㉓ 治療は患者様の同意をもって行われるものとします。同意後であっても治療を中止することは可能です。ただし、血液の採取と加工を行った後の同意取消の場合に限って加工に必要な材料を消耗しているため治療料金と同額料金が患者様負担となります。

㉔ 未成年者が治療を受ける場合は、親権者とともに治療の説明を受け別紙「親権者同意書」への記入も必要となります。

TKC ビューティホームクリニック　TEL：06-6484-6144

医療法人十美会　TKC ビューティホームクリニック御中

私は、上記の説明を受け、説明された内容を理解し納得しましたので、貴院において PRP 療法を受けることに同意します。

平成　　年　　月　　日　　御署名