

患者様記入欄

変形性関節症および関節腔の傷害を対象とした

自家多血小板血漿（PRP）注入療法 同意撤回書

私は、変形性関節症および関節腔の傷害を対象とした自家多血小板血漿（PRP）注入療法について十分な説明を受け、本治療の内容等を理解し、治療を受けることに同意しましたが、その同意を撤回いたします。

年 月 日

患者様署名

年 月 日

代諾者様署名（患者様との関係： ）

院記入欄

様の変形性関節症および関節腔の傷害を
対象とした自家多血小板血漿（PRP）注入療法について、同意撤回を受諾
しました。

年 月 日

担当医署名

医療法人ストイック
整形外科むらそえクリニック
