

**患者様記入欄**

四肢の靭帯、筋腱付着部およびスポーツ傷害（筋・腱・靭帯）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、四肢の靭帯、筋腱付着部およびスポーツ傷害（筋・腱・靭帯）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**

様の四肢の靭帯、筋腱付着部およびスポーツ  
傷害（筋・腱・靭帯）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