整理番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

同　意　書

医療法人社団ウェルエイジング クレアージュ東京エイジングケアクリニック
院長　濵中 聡子　殿

治療名：多血小板血漿（PRP）を用いた頭髪改善治療

＜説明事項＞

□　はじめに（厚生労働大臣に再生医療等提供計画が提出されていることを含む）
□　多血小板血漿を用いた治療について
□　治療の方法と治療期間について
□　治療が中止される場合について
□　予測される利益(効果)と不利益(副作用)について
□　同意取り消しの自由（治療を受けることに対する同意を行わない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ないことを含む）
□　治療を受けられない場合の他の治療法について
□　健康被害について
□　情報の開示と個人情報の取り扱いについて
□　治療結果についての研究発表
□　患者様の費用負担について
□　この治療の審査を担当した委員会について
□　担当医師及び相談窓口

【患者様の署名欄】
私はこの治療を受けるにあたり、上記の事項について同意説明文書「患者様へ 治療名：多血小板血漿（PRP）を用いた頭髪改善治療 Ver.1.0」を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本治療を受けることに同意します。

※治療結果の研究発表について、以下いずれかにレ点をご記入ください。（同意説明書 P.９）
□学会発表に治療のデータを用いることに同意する。
□学会発表に治療のデータを用いることに同意しない。

同意日：　　年　　月　　日

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署又は印）

【説明者の署名欄】
私は、上記患者様に、この治療について十分に説明いたしました。

説明日：　　年　　月　　日

所属：クレアージュ東京エイジングケアクリニック

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署又は印）