

患者さま記入欄

自己多血小板血漿（PRP）療法
(治療対象：関節炎・変形性関節症)の同意書

《説明事項》

- | | |
|---|--|
| ☐ はじめに | ☐ 10. 他の治療法との比較 |
| ☐ 1. PRP 治療とは | ☐ 11. 治療にかかる費用について |
| ☐ 2. 組織を修復するために必要なもの | ☐ 12. 治療を中止・中断する場合 |
| ☐ 3. 治療の目的 | ☐ 13. その他治療についての注意事項 |
| ☐ 4. 治療の理論 | ☐ 14. 治療を受けることを拒否することについて |
| ☐ 5. 治療の長所・メリット | ☐ 15. 個人情報保護について |
| ☐ 6. 治療の短所・デメリット | ☐ 16. 診療記録等の保管について |
| ☐ 7. 治療を受けるための条件 | ☐ 17. その他 |
| ☐ 8. 治療の方法 | ☐ 18. 認定再生医療等委員会に関して |
| ☐ 9. 治療後の注意点 | ☐ 19. お問い合わせ先 |

私は、「自己多血小板血漿（PRP）療法（治療対象：関節炎・変形性関節症）」について、上記の事項について十分な説明を受け、内容等を理解しましたので、治療を受けることに同意します。なお、この同意は投与までの間であればいつでも撤回できることを確認しています。

[この治療のために集めたデータの将来の医学研究への利用について]

☐ データ利用に同意します・ ☐ データ利用に同意しません

同意日：西暦 20 年 月 日

患者さま署名： _____

代諾者ご署名及び続柄： _____ 続柄： _____

病院記入欄

上記患者さまの「自己多血小板血漿（PRP）療法（治療対象：関節炎・変形性関節症）」について十分説明を行いました。

西暦 20 年 月 日

担当医署名

医療法人社団順公会 佐藤整形外科 _____

患者さま記入欄

自己多血小板血漿（PRP）療法
(治療対象：関節炎・変形性関節症) 同意撤回書

私は、「自己多血小板血漿（PRP）療法（治療対象：関節炎・変形性関節症）」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。

なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存はありません。

試料と情報の取り扱いについては、以下の通り希望します。

- ☐ 同意撤回までに提供した試料と情報はこれまでと同様に再生医療等安全性確保法に則し、取り扱うことを認めます。
- ☐ 同意撤回までに提供したすべての試料と情報の破棄を希望します。

同意撤回年月日：西暦 20 年 月 日

患者さま署名： _____

代諾者ご署名及び続柄： _____ 続柄： _____

病院記入欄

上記患者さまの「自己多血小板血漿（PRP）療法（治療対象：関節炎・変形性関節症）」について、同意撤回を受諾しました。

西暦 20 年 月 日

担当医署名
医療法人社団順公会 佐藤整形外科 _____