

患者さま記入欄

自己多血小板血漿（PRP）療法  
(治療対象：筋・腱・靱帯損傷)の同意書

《説明事項》

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

日本橋人形町整形外科 \_\_\_\_\_

患者さま記入欄

自己多血小板血漿（PRP）療法  
(治療対象：筋・腱・靱帯損傷) 同意撤回書

私は、「自己多血小板血漿（PRP）療法（治療対象：筋・腱・靱帯損傷）」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：筋・腱・靱帯損傷）」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  
日本橋人形町整形外科 \_\_\_\_\_