

自家多血小板血漿（PRP : Platelet Rich Plasma）を用いた 皮膚再生治療のための説明・同意書

1. 自家多血小板血漿（PRP : Platelet Rich Plasma）について

PRP は、採血された患者様の血液から作製される血液製剤です。これらは増殖因子やサイトカインといった成分を含み、傷の治癒や皮膚の再生・回復を促し、止血や痛みの軽減、感染の予防に効果があるとされています。患者様ご自身の血液から作られますので、他の人から病気が感染する心配はありません。また、外からの雑菌が入らないよう、安全性にも十分配慮された環境で作製されます。

2. PRP を用いた治療の利点

PRP はもともと血液に含まれている増殖因子やサイトカインを含んでおり、これを投与することにより皮膚の再生・回復を促し、皮膚の状態を改善します。これらの効果が 100%保証されるわけではありませんが、治療に用いる十分な利点があると考えています。

3. 本治療の対象となる患者様（対象疾患：咀嚼不全や咀嚼不安定によるほうれい線や口唇のシワ）

本治療は 20 歳以上の健康状態の良好な方が対象となります。

4. PRP の作製方法について

PRP は、患者様の血液を、遠心力を利用した分離装置（遠心分離器）を用い、血液の成分（赤血球・白血球・血漿など）を分けることによって作製されます。

（採血量：16～32 ml）

5. 治療の危険性と副作用・不快症状

採血は腕もしくは手背・足背の静脈に針を刺すことによって行われますが、採血の際、疼痛の他、恐怖感による不快症状、血腫形成、皮下出血斑、神経損傷、感染が極めてまれに起きることがあります。また、手術後に疼痛、腫脹等の症状が出ることや、まれに感染が起きることがあります。

6. 他の治療法との比較

PRP を使用する代わりに、動物由来の材料や人工的に作られた材料を用いる方法もありますが、患者様ご自身の血液由来である PRP を使用する方が感染やアレルギーの危険性が低くなります。

7. 採取した試料等（血液又は PRP）の保管及び廃棄

採取した試料等は基本的にすべて治療に使用するため保管は行いません。治療後、採取した血液、又は作製した PRP が使用されず残った場合は、医療用廃棄物として適切に処理します。

8. 治療への同意と撤回

PRP を使用した治療に対する同意は、患者様の自由な判断に基づくものであり、いつでも自由に同意を撤回することができます。

PRP を使用した治療に同意しなかったり、同意を撤回したりしても、決して不利益にはならず、患者様の自由な判断で、当院の治療を継続されることができます。

治療中に疑問を持った場合には、いつでも当院スタッフにご相談ください。

9. 治療に係る費用

PRP を用いた治療に係る費用につきましては、下記の通りです。なお、詳細な治療内容等は医師より説明いたします。

PRP を使用した治療 30,000 円（税別）

10. 健康被害への対応

PRP を用いた治療による健康被害が万一生じた場合は、適切な医療行為（必要な投薬・処置）をいたしますので当院までご連絡ください。

11. 守秘義務

診察・治療に関する個人情報、当院で定めた個人情報保護規程に従って厳重に取り扱い、個人が特定されることなく、十分にプライバシーが保護されるよう取り計らいます。

12. 知的財産権等

本治療に係る特許権・著作権その他の財産権又は経済的利益は当院に帰属します。

13. 当院での PRP を用いた治療の提供について

提供する再生医療等の名称：PRP を用いた口腔咀嚼筋支配部位の皮膚の再生医療

①厚生労働大臣に提出した再生医療等提供計画に基づいて実施します。

②上記提供計画に記載されている本治療の安全性・妥当性については、医療法人社団順朋会再生医療等委員会で審査を受けています。

【委員会お問合せ窓口】東京都新宿区市谷本村町 2-11 外濠スカイビル 402

医療法人社団順朋会 再生医療等委員会 事務局 TEL：03-5579-8971

1 4. 本治療に係る医療機関等の情報

本治療を実施する医療機関の名称 (細胞の提供を受ける医療機関の名称)	医療法人栄宏会 28CliniC 南青山
管理者	
本治療の実施責任者	
治療を実施する医師	
細胞の採取（採血）を行う医師	

1 5. お問い合わせ窓口

医療法人栄宏会 28CliniC 南青山
東京都港区南青山七丁目 7 番 21 号
電話番号：03-6450-5628

このたび PRP による治療を受けるにあたり、その内容についての説明を受け、
理解しましたので、本治療に同意します。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様署名： _____

(代理人様署名 _____ 患者様との関係 _____)

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明をした医師・歯科医師・スタッフの氏名： _____