

患者様記入欄

変形性関節症および関節腔の傷害を対象とした  
自家多血小板血漿（PRP）注入療法 同意書

《説明事項》

- はじめに
- 1. PRP 注入療法とは
- 2. PRP に含まれる主な成長因子とその働き
- 3. 治療の目的
- 4. 治療の長所・メリット
- 5. 治療の短所・デメリット
- 6. 治療の方法
- 7. 他の治療法との比較
- 8. 治療にかかる費用について
- 9. 健康被害が発生した際の処置と補償等について
- 10. 治療を受ける事を拒否する事について
- 11. 試料等の保管及び廃棄の方法について
- 12. 個人情報の保護について
- 13. 診療記録の保管について
- 14. 細胞提供者の健康、子孫に受け継がれる遺伝的特徴について
- 15. その他
- 16. 本治療の審査・届出
- 17. お問い合わせ先（再生医療等担当窓口）

私は、変形性関節症および関節腔の傷害を対象とした自家多血小板血漿（PRP）注入療法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。

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

\_\_\_\_\_  
様の変形性関節症および関節腔の傷害を対象とした  
自家多血小板血漿（PRP）注入療法について上記説明を行いました。

年 月 日

担当医署名

医療法人社団オステオケア  
ないとう整形外科クリニック \_\_\_\_\_

患者様記入欄

変形性関節症および関節腔の傷害を対象とした

自家多血小板血漿（PRP）注入療法 同意撤回書

私は、変形性関節症および関節腔の傷害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

\_\_\_\_様の変形性関節症および関節腔の傷害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

医療法人社団オステオケア  
ないとう整形外科クリニック \_\_\_\_\_