

患者様記入欄

四肢の靭帯、筋腱付着部、体幹、腰部およびスポーツ傷害（筋・
腱・靭帯）を対象とした自己多血小板血漿注入療法

同意書撤回書

私は、四肢の靭帯、筋腱付着部、体幹、腰部およびスポーツ傷害（筋・
腱・靭帯）を対象とした自己多血小板血漿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： ）

病院記入欄

様の四肢の靭帯、筋腱付着部、体幹、腰部
およびスポーツ傷害（筋・腱・靭帯）を対象とした自己多血小板血漿注入
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

印どうメディカルクリニック _____