

患者様記入欄

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

同意書撤回書

私は、四肢の靭帯、筋腱付着部およびスポーツ傷害（筋・腱・靭帯）を
対象とした自家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、筋腱付着部およびスポーツ
傷害（筋・腱・靭帯）を対象とした自家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

わだ整形外科クリニック