

患者様記入欄

筋・腱・靭帯の損傷および慢性炎症に対する
自家多血小板血漿注入療法
同意書撤回書

私は、筋・腱・靭帯の損傷および慢性炎症に対する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

様の筋・腱・靭帯の損傷および慢性炎症に
対する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

医療法人恒晴会 心斎橋ペインクリニック