

同意文書

東京医科大学病院長 殿

治療名：「スポーツ傷害（関節）及び変形性膝関節症を対象とした自己多血小板血漿注入療法（PRP療法、関節内）」

この度、私はこの治療に関する説明を受け、以下の内容を十分に理解した上で、この治療を受けることを同意いたします。（□をチェックして確認）

- 1. この治療の内容
 - 1-1. この治療の目的と意義について
 - 1-2. この治療の方法について
- 2. この治療の実施により予期される効果及び危険
 - 2-1. この治療の臨床上の利益について
 - 2-2. この治療の臨床上の不利益について
- 3. 他の治療法の有無、内容、他の治療法により予期される効果及び危険との比較
- 4. この治療を受けるかどうかは、患者様の自由意思によるものであること
- 5. この治療の科学的・倫理的妥当性について
- 6. 個人情報等の取扱い並びに試料・情報の保管及び廃棄の方法について
- 7. この治療の実施に係る費用の負担について
- 8. あなたの担当医師
- 9. お問い合わせ窓口

同意者

____年 ____月 ____日

患者本人署名 _____ 印
(署名または記名捺印)

住所 _____

保護者（患者との関係： _____）

____年 ____月 ____日

保護者本人署名 _____ 印
(署名または記名捺印)

住所 _____

説明者

____年 ____月 ____日

署名 _____ 印
(署名または記名捺印)

所属 _____