

自己多血小板血漿（PRP）療法 説明同意書

PRP 療法について

PRP療法とは、皮膚老化の諸症状やニキビ跡などの質感を改善するために、自己多血小板血漿（以下PRPと略す）を皮膚に注射する方法です。PRPは自己血液の中の血小板を濃縮した成分です。PRPの中には、皮膚再生を促進する様々な成長因子が含まれています。PRPを注入することで、老化によって変化した皮膚の再生を図ろうとする再生医療の一つです。

PRP作製作業は、清潔操作で行われ、かつ自己血液であるため、他人からの病気がうつる、あるいは感染症を起こす心配は基本的にありません。

治療対象

傷（熱傷、皮膚潰瘍など）の治療促進
ちりめん皺、軽度たるみ、肌の質感の改善
ニキビ跡の改善

注入の効果

浅いシワやくまだけでなく、ハリやきめ、つやなど、注入周囲の肌質全体の改善が期待されます。

治療の流れ

- ・施術前に、注射時の痛みを軽減するため、治療部位（顔面や頸部など）に表面麻酔剤の塗布を行います。
- ・PRP作製の為、専用の採血管に、通常 10ml の静脈血を片側の肘の静脈から採血します。
- ・血液を遠心分離し血小板を多く含む多血小板血漿（PRP）を採取します。
- ・極細の針を用いて、PRPをしわやたるみの気になる局所の皮内及び皮下に注入します。

治療後の注意点

- ・療部位は1週間ほど、揉む、強く触るなどの刺激を与えないでください。2週間はエステやマッサージ、他施設での施術はお控えください。
- ・メイクは針孔を避けていただければ、直後から可能です。また、洗顔、軽い入浴、食事接触も当日から制限ありません。飲酒、サウナ、長時間の入浴、激しい運動は、内出血のリスクを高めるため、当日のみお避け下さい。

PRP注入療法の禁忌事項

下記に該当される方は、この治療を受けられないことがありますので、医師にご相談ください。

- ・18歳未満の方
- ・過去にPRP注入療法で異常反応があった方
- ・妊娠中の方
- ・重症の糖尿病・膠原病・精神疾患・血液疾患・急性感染症のある方
- ・真性ケロイドの方
- ・アスピリンなどの血栓予防薬を内服している方
- ・麻酔薬や内服薬に対してのアレルギーのある方、既往症のある方、持病のある方、その他貧血、発熱、体調不良のある方は事前にお申し出ください。

ご説明

- ・静脈血採血による合併症は極めて稀ですが、失神・吐き気・静脈炎・内出血斑・神経損傷を生じる可能性があります。
- ・PRP療法後、腫れや内出血が起こります。
- ・他の治療法との比較：ヒアルロン酸やコラーゲン注射、または光線療法とは作用機序が異なり類似する方法はありません。そのため、利益・不利益の比較はできません。
- ・治療費は顔面全体の治療で、**143,060円**（別途消費税）となります。
- ・細胞提供者と受領者は同一人のため、細胞提供者の選択は行いません。ただし、既往症や診察結果でPRP療法を施行しない場合があります。
- ・PRPの保管及び移動は行いません。
- ・PRP作製に関わる材料（血液）及び使用機材は医療破棄物として処理します。
- ・本治療は「自己多血小板血漿（PRP）を用いた美容医療」（計画番号PC4150066）という名称で、特定非営利活動法人 日本アンチエイジング医療協会 認定再生医療等委員会（認定番号NB3150019 連絡先：03-5911-5524）における再生医療等提供計画の

審査の後、厚生労働大臣に提出し、受理されております。また、定期報告義務を有しません。

- ・ P R P 療法は特許権・著作権及び財産権などに接触しません。
- ・ 問い合わせ及び苦情は下記にて対応します。

P R P の治療効果および利益・不利益

- ・ P R P 注入療法は、シワ・たるみ・ニキビ跡などを完全に改善するものではなく、個人の自然治癒力を利用しているため、徐々に改善しますが、その治療効果に個人差があること及び治療効果を保証するものではありません。また、症状の程度によっては、複数回の治療が必要になることがあります。

P R P 注入療法の利益は、皮膚老化に伴う諸症状やニキビ跡などの質感の改善です。不利益はありません。

PRP 注入療法の機序と目的及びその実施に関わる利益と不利益を十分説明しました。私は全ての質問に私の能力の最善を尽くして答えました。また、これからも答えるつもりです。

説明年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師氏名 _____ (自筆署名)

管理者・実施責任者： 医院長 岡島晶子

問い合わせ窓口： 医療法人青洲会 村瀬医院 電話：0567-67-0022

同意

私は、この技術を使った治療に対する同意を施術前であればいつでも撤回することは自由であることを知っています。

私の同意の撤回は治療を引き続き受ける資格を損なうものではありません。もし、治療期間中に疑問を持った場合には、医師に診察時や電話で尋ねることができます。

守秘義務

私は、医学的情報は法律で要求される期間、秘密を守って保存されることを理解します。ただし、私個人を特定できないような情報は、私の許可がなくても、教育や研究に使用してもかまいません。

この書類の理解

私は、以上の措置とそれに伴う利益および不利益について完全な情報の提供を受けたことを確認しました。決定まで十分な時間をかけ、決定は私の意志で行いました。

私は、老化に伴う皮膚の諸症状や皮膚の質感を改善するために、PRPを皮膚に注射することに同意します。

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人氏名： _____ (自筆署名)

保護者または代理人氏名： _____ (自筆署名)

*本人が未成年または同意能力がない場合のみ署名してください。