

## 再生医療の提供を受けることに関する同意書

社会医療法人近森会  
近森病院

ID \_\_\_\_\_

患者 \_\_\_\_\_ 様に対し、再生医療の提供を受けることについて説明しました。

説明医師 診療科 形成外科 医師名 \_\_\_\_\_

※「再生医療を受ける患者さんへ（治療名：多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍治療（多血小板血漿処置）」は、別紙をご確認ください。

私は、上記医師より別紙「再生医療を受ける患者さんへ（治療名：多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍治療（多血小板血漿処置）」の内容について説明を受け、十分理解しました。

そのうえで、

- 再生医療の提供を受けることに同意します。  
なお、この同意は治療を受けるまでの間であれば、いつでも撤回できることを確認しています。
- 再生医療の提供を受けることに同意しません。

社会医療法人近森会 近森病院院長殿

20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

患者氏名 \_\_\_\_\_

もしくは代理人氏名 \_\_\_\_\_（患者との関係）\_\_\_\_\_

2023年4月1日作成

## 再生医療の提供を受けることに関する同意撤回書

社会医療法人近森会  
近森病院

ID \_\_\_\_\_

患者 \_\_\_\_\_ 様に対し、再生医療の提供を受けることについて説明  
しました。

説明医師 診療科 形成外科 医師名 \_\_\_\_\_

私は再生医療（治療名：多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍治療（多血小板血漿処置））の提供を受けることについて同意しましたが、この同意を撤回いたします。

なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他について、私が負担することに異存はありません。

社会医療法人近森会 近森病院院長殿

同意撤回年月日 20 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

もしくは代理人氏名 \_\_\_\_\_（患者との関係） \_\_\_\_\_