

## 同意書

医療法人 菅原整形外科クリニック  
院長 菅原 恒 殿

治療名：多血小板血漿（PRP）を用いた変形性膝関節症への治療

### <説明事項>

- はじめに  
(厚生労働省への「再生医療提供計画」受理、提供される再生医療の同意の自由について)
- 多血小板血漿を用いた治療について
- 多血小板血漿を用いた治療法について
- 治療の方法と治療期間について
- 治療が中止される場合について
- 予測される利益(効果)と不利益(副作用)について
- 同意取り消しの自由
- 治療を受けられない場合の他の治療について
- 健康被害について
- 情報の開示と個人情報の取り扱いについて
- 治療データの二次利用について
- 患者さんの費用負担について  
費用負担額 ¥180,000- (税抜)
- 担当医師及び相談窓口

#### 【患者さんの署名欄】

私はこの治療を受けるにあたり、上記の事項について「患者さんへ 治療名：多血小板血漿（PRP）を用いた変形性膝関節症への治療、同意説明文書 Ver.1」を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本治療を受けることに同意します。

同意日： 年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_ (自署又は印)

※患者様の判断能力が無いなど身体的理由により自署出来ない場合は、  
最も近い親族を代諾者として次に記入してください。

代諾者： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ (自署又は印)

#### 【説明者の署名欄】

私は、上記患者さんに、この治療について十分に説明いたしました。

説明日： 年 月 日

所属： 医療法人 菅原整形外科クリニック (自署又は印)

氏名： \_\_\_\_\_ (自署又は印)