

## 同意書

私は、再生医療等（名称「歯科口腔外科領域における PRP（多血小板血漿）療法」）の提供を受けることについて、以下の説明を受けました。

1. 再生医療等の名称、厚生労働省への届出について
2. 本治療の実施体制について
3. 再生医療等の目的及び内容について
4. 当該再生医療等に用いる細胞に関する情報
5. 再生医療等を受けていただくことによる利益（効果）、不利益（危険）について
6. 同意されない場合に生じる不利益について
7. 同意の撤回について
8. プライバシーの保護、機密保持について
9. 細胞などの保管及び廃棄の方法について
10. 治療に関する費用について
11. 他の治療法との比較について
12. 健康被害に対する補償について
13. 認定再生医療等委員会について
14. 苦情及び問合せ窓口について
15. 文書による同意について

上記の医療行為についてその必要性和内容などについて説明を行いました。

説明日：           年       月       日  
説明担当医師： \_\_\_\_\_  
同席者： \_\_\_\_\_

---

医療法人社団 葵会  
AOI 国際病院 院長 殿

本治療を受けるにあたり、上記内容について十分な説明を受け、内容を理解しましたので、この治療を受けることに同意いたします。

学術報告に用いることを希望しない場合はこちらにチェックを入れて下さい

同意日：           年       月       日  
同意者署名： \_\_\_\_\_  
代諾者署名： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

## 同意撤回書

医療法人社団 葵会  
AOI 国際病院 院長 殿

私は、再生医療等（名称「歯科口腔外科領域における PRP（多血小板血漿）療法」）の提供をうけることについて同意いたしましたが、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の費用については私が負担することに異存はありません。

令和 年 月 日

本人 住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ (署名)

電話： \_\_\_\_\_

代諾者 氏名： \_\_\_\_\_ (署名)

〔本人との関係： \_\_\_\_\_〕