

同意書

医療法人社団アーツメディック さかい整形外科

院長 酒井 直隆 殿

治療名：変形性関節症および関節腔の傷害を対象とした自家多血小板血漿（PRP）注入療法

<説明事項>

1. この治療を受けるかどうかは自由意思でいつでも撤回でき、そのために不利益は受けないこと
2. あなたから採取された生体材料(血液)を無償提供していただくこと
3. あなたから採取された生体材料(血液)はこの治療に必要な検査や治療のための加工作業以外の目的で使用されないこと
4. この治療の目的について
5. この治療の方法と治療期間について
6. 治療が中止される場合について
7. 予測される利益(効果)と不利益(副作用)について
8. 他の治療について
9. この治療の結果が公表される場合における個人情報の保護について
10. 治療データの二次利用について
11. あなたの費用負担について
12. 担当医師、相談窓口について

費用負担額 円 _____

* 本院がさだめた治療費用。治療内容により費用が変動いたします。施術する前に詳細な説明をいたしますので、ご納得いただいた上で施術いただきますようお願い申し上げます。

【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「患者様へ 治療名：変形性関節症および関節腔の傷害を対象とした自家多血小板血漿（PRP）注入療法、同意説明文書 第2版」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、上記患者様に、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： 医療法人社団アーツメディック さかい整形外科

氏名： _____ (自署又は印)

同意撤回書

医療法人社団アーツメディック さかい整形外科

院長 酒井 直隆 殿

治療名：

変形性関節症および関節腔の傷害を対象とした自家多血小板血漿（PRP）注入療法

私は、この治療について説明者から文書により説明を受け、治療することに同意いたしましたが、これを撤回します。

年 月 日

本人氏名（自署）

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（自署）

印

なお、試料と情報の取り扱いについては、以下の通り希望します。

- 同意撤回までに提供した試料と情報はこれまでと同様に「安全性の確保及び生命倫理への配慮」に則し、取り扱うことを認めます。
- 同意撤回までに提供したすべての試料と情報の破棄を希望します。

本件に関する問い合わせ先

医療法人社団アーツメディック さかい整形外科 （代表電話 03-5912-2552）