

## 治療同意書（患者控え）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
殿

このたび、私は血液を採取し、PRP治療を行うにあたり、担当医師より詳細な説明を受け、同意いたしました。

特に下記項目については、担当医師とともに確認いたしました。

- エイズを含めた感染症を検査すること
- 検査の結果、感染症が認められた場合治療を断念すること
- 強力な表面麻酔効果を得るため「麻酔クリーム」を使用すること
- クエン酸ナトリウムを少量使用すること
- 治療料金についての資料による内容の説明をすること

年 月 日

患者様 \_\_\_\_\_ (本人自署)

医療機関名 **RD クリニック 東京銀座**

管理者名 **平 広之**

実施責任者名 **平 広之**

医師 \_\_\_\_\_ (本人自署)

同席者（任意） \_\_\_\_\_ (本人自署)

### 【その他特記事項】

重要) この同意書にサインすることで患者様の正当な権利が制限されることは一切ありません。  
また、この同意書の存在が、担当医師の免責に供されることもありません。