

患者様記入欄

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 同意書

《説明事項》

- はじめに
- 1. PRP 注入療法とは
- 2. PRP に含まれる主な成長因子とその働き
- 3. 治療の目的
- 4. 治療の長所・メリット
- 5. 治療の短所・デメリット
- 6. 治療の方法
- 7. 他の治療法との比較
- 8. 治療にかかる費用について
- 9. 健康被害が発生した際の処置と補償等について
- 10. 治療を受ける事を拒否する事について
- 11. 試料等の保管及び廃棄の方法について
- 12. 個人情報の保護について
- 13. 診療記録の保管について
- 14. 細胞提供者の健康、子孫に受け継がれる遺伝的特徴について
- 15. その他
- 16. 本治療の審査・届出
- 17. お問い合わせ先（再生医療等担当窓口）

私は、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）注入療法について上記の事項について十分な説明を受け、内容等を理解しましたので、治療を受けることに同意します。

年 月 日

患者様署名 _____

年 月 日

代諾者様署名（患者様との関係： _____） _____

院記入欄

様の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）注入療法について上記説明を行いました。

年 月 日

担当医署名

国立大学法人浜松医科大学
浜松医科大学医学部附属病院 _____

患者様記入欄

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 同意撤回書

私は、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）注入療法について十分な説明を受け、本治療の内容等を理解し、治療を受けることに同意しましたが、その同意を撤回いたします。

年 月 日

患者様署名 _____

年 月 日

代諾者様署名（患者様との関係： _____） _____

院記入欄

様の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）注入療法について、同意撤回を受諾
しました。

年 月 日

担当医署名

国立大学法人浜松医科大学
浜松医科大学医学部附属病院 _____