

同 意 書

浜松医科大学医学部附属病院長 殿

私は、「多血小板血漿（PRP）を用いた難治性皮膚潰瘍治療」を受けるに当たり、以下の項目について、担当医師（形成外科）から説明文書をもとに十分説明を受け、理解しました。そこで、みずからの自由意思により、この治療に協力することに同意します。

【代諾者として（必要な場合のみ）】

私は、患者 さんがこの治療を受けるに当たり、以下の項目について、担当医師（形成外科）から説明文書をもとに十分説明を受け、理解しました。そこで、この治療に協力することに同意します。

- 1. 治療の目的
- 2. 治療の方法
- 3. 予期される治療の危険性とその副作用、医学的な対処法
- 4. 治療に協力することを拒否しても、そのために治療内容が異なったり、何らかの不利益を被ることがないこと。
- 5. 治療に協力することに同意した後も、いつでも自由に辞退できること。
- 6. 治療を中止する場合
- 7. 他の治療法について
- 8. 個人情報の保護：得られた結果は、守秘され、個人のプライバシーを侵害する可能性がないこと。
- 9. この治療に関わる費用について
- 10. この治療の提供計画について
- 11. 試料等の保管及び廃棄の方法について
- 12. 問い合わせ、苦情などの窓口の連絡先

令和 年 月 日

本人署名 印

代諾者署名 印
(代諾者の場合は患者さんとの関係：)

治療担当者署名 印
(連絡先)

※この同意書は患者および治療担当者が同一のものを持ち、治療が終了するまで保管願います。