

## 同意書（再生医療）

私は「PRP（多血小板血漿Platelet Rich Plasma）を用いた頭皮および毛根の治癒促進ならびに再生を目的とした再生治療」に関し、口頭および文書にて説明を受け、下記の内容を理解しました。その上で私の自由意志によりこの治療を受けることに同意いたします。

- 治療の概要について
- 効果と副作用について
- 他の治療法の有無および他の治療法との比較
- 治療を受けるか否かは患者様の判断によるもので任意であること
- 治療を受けないまたは同意を撤回することにより不利益を被ることはないこと
- 同意の撤回方法について
- 治療を中止する可能性があること
- 他の治療との併用について
- 患者様の個人情報保護について
- 費用について
- 細胞加工物の管理保存について
- 患者様から採取された試料等の取扱いについて
- 健康被害に対する補償に関して
- 再生医療等に係る特許権、著作権その他の財産権又は経済的利益の帰属に関すること
- 再生医療計画についての苦情窓口について
- いつでも相談できる窓口について

同意年月日                      年              月              日

患者氏名（署名または記名押印）

---

連絡先

---

立会人（署名または記名押印）

---

連絡先

---

患者様との関係

---

説明をした医師および説明日

年              月              日

署名：

---