

# P R P 療 法 同 意 書

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 様

私はPRP療法について、当パンフレット（PRP療法説明文書）の以下の項目を理解しました。

## 【項目チェック】

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PRP療法とは？          | <input type="checkbox"/> PRP療法全体の流れ       |
| <input type="checkbox"/> PRP療法の種類          | <input type="checkbox"/> 1回目～5回目以降の診察の流れ  |
| <input type="checkbox"/> PRP療法の実施方法        | <input type="checkbox"/> PRP療法当日までのご注意    |
| <input type="checkbox"/> PRP療法の長所・短所       | <input type="checkbox"/> PRP療法実施後のご注意     |
| <input type="checkbox"/> 適応除外項目            | <input type="checkbox"/> 費用について           |
| <input type="checkbox"/> その他の注意事項          | <input type="checkbox"/> 同意の撤回・個人情報保護について |
| <input type="checkbox"/> PRP療法の適応に対する当院の指針 |   |

私は、令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に実施予定のPRP療法について、上記の項目と併せ、医師より、効果に個人差が生ずること、PRP療法を実施した部位については実施後6カ月間リハビリテーションが保険適用外（自費診療）となることについて説明を受けました。

GPSⅢキット    /     APSキット

上記のキットを使用したPRP療法の実施を希望します。

医療法人社団 淳英会 おゆみの中央病院 院長 殿

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

代理人（自署） \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

患者様との続柄 \_\_\_\_\_

※同意された場合でも、お申し出によりいつでも撤回することができます。

原本：診療録控え    コピー：患者様控え