

当院は、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律（以下、再生医療法）」の規定に則り、「再生医療等提供計画」を関東信越厚生局へ提出し、令和1年8月2日に受理されました。

多血小板血漿（PRP）療法について



はじめに

このたび、おゆみの中央病院は、多血小板血漿（PRP）療法の提供を開始いたしました。PRP療法は再生医療のひとつで、人が生まれながらに持っている「自然治癒力」を活かした治療法です。再生医療は、日本国内において、再生医療新法によって厳格に規制・管理されており、①安全性が担保された方法で、②届出が受理された施設、③登録された医師に限り、実施することができます。

なお、PRP療法は、保険適用外（自費診療）です。そのため、費用は全額自費負担となります。

このパンフレットには、当院でPRP療法をお受けになる際に、知っておいていただきたいことについて記載しております。パンフレットを良くお読みになり、ご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ねいただければ幸いです。

目 次

P 3	PRP療法とは？
P 4	PRP療法の種類
P 5	PRP療法の実施方法
P 6	PRP療法の長所・短所
P 7	適応除外項目
P 8	その他の注意事項
P 9	PRP療法の適応に対する当院の指針
P 10	PRP療法全体の流れ
P 11	1回目の診察の流れ
P 12	2回目の診察の流れ
P 13	3回目の診察の流れ（PRP療法実施日）
P 14	4回目の診察の流れ・5回目以降の診察の流れ（PRP療法実施後）
P 15	PRP療法当日までのご注意
P 16	PRP療法実施後のご注意
P 17	費用について
P 18	同意の撤回・個人情報保護について
P 19	PRP療法同意書
P 21・22	PRP療法費用についての説明書・同意書
P 23・24	リハビリテーションについての説明書・申込書
P 25	（PRP療法）抗血小板薬、抗凝固薬の休薬に関する説明書・同意書
P 27	PRP療法に伴う休薬の説明
P 29	PRP療法（第2種）実施前 チェックリスト
P 31	PRP療法（第3種）実施前 チェックリスト

P R P 療 法 と は ？

PRP (Platelet-Rich Plasma) 療法 = 多血小板血漿療法は、患者様ご自身の血液から抽出した「多血小板血漿 (PRP)」を、実施部位に注射する再生医療です。

PRP (多血小板血漿) 療法は、その名の通り、血小板が豊富に含まれた成分を用いた治療法で、**血小板の機能を活用した再生医療**です。血小板には、血管が損傷したとき、固まって出血を止める働きがあります。また、種々の成長因子を放出する働きもあります。PRP療法には、血小板から放出される成長因子等の成分により、傷んだ組織の修復や関節炎の症状軽減を促進する効果が期待されます。

国内では、形成外科や歯科口腔外科領域での使用が中心でしたが、近年、整形外科領域においても注目を集めております。



PRP療法の種類

PRP療法には、さらに幾つかの種類があります。種類によって若干成分が異なったり製法が異なったりします。現在、何種類もの製品がPRP精製器材として実用化されていますが、当院では整形外科領域に特化したジンマーバイオメット社の精製キットを、2種類導入しています。

2種類のキットは、「GPSⅢ」、「APS」(※)という名称で、いずれも臨床使用可能となるクラスⅢ医療機器として認証された安全性の高い器材です。精製の過程で人が操作する工程が少ないことから、安定及び一貫した精製・抽出が可能であり、細菌混入の可能性は極めて低い仕様となっております。


※「GPSⅢ」「APS」にはそれぞれの特徴があり、対象とする疾患が異なります。

当院で実施しているPRP療法の種類 (GPSⅢとAPS)

GPSⅢ : 血小板が豊富に含まれる成分 (多血小板血漿) を精製し、血小板が放出する成長因子の作用により、損傷した腱組織等の修復を促します。

APS : 次世代PRPともいわれており、多血小板血漿に更に処理を加えて精製します。主に炎症を抑える成分が含まれているため、変形性関節症による関節痛の軽減を目的に使用します。

PRP療法の適応疾患 (GPSⅢとAPSそれぞれの対象疾患)

GPSⅢ	APS
上腕骨外側上顆炎 (テニス肘) 上腕骨内側上顆炎 (ゴルフ肘) 膝蓋腱炎 アキレス腱周囲炎 足底腱膜炎 など	変形性膝関節症 

PRP療法の実施方法

PRP療法を実施する当日に、患者様ご自身の血液を50mlあまり(52～55ml程度)採取します。

※食事、飲水の制限は不要です。



採取した血液に処理を施し、損傷の修復を促す物質や関節炎を和らげる物質を含んだ成分を精製します。

この間、30分～1時間程度、患者様には院内にて休憩してお待ちいただきます。



精製処理によって、およそ2.5～6.0ml程度の成分が精製されます。



精製された成分をご自身の患部に注射します。



P R P 療 法 の 長 所

- ご自身の血液から抽出するため、感染症やアレルギー反応が起こりにくい
- 手術と比べて身体への負担が少なく、痕が残りにくい
- 実施後から、普段の生活に制限が少ない
- 通院だけで実施できる

P R P 療 法 の 短 所

- 効果に個人差がある

効果を感じられる方とそうではない方がおられます。

効果が現れるまでの期間や効果が続く期間にも個人差がございます。

※ 国内においては2015年7月（GPSⅢ）、2018年7月（APS）に認可された新しい治療法であり、どのような症例に効果があるかなど、研究が進められています。

- 実施後の数日間、痛みや腫れ・熱感・発赤などを伴うことがある

ただし、これらの症状は一過性で数日かかる場合もありますが徐々に改善していきます。症状の軽減には患部を冷やすこと（アイシング）が有効です。

適 応 除 外 項 目

お体の状態によっては、PRP療法を実施できない場合があります。心当たりのある項目をチェックしてみましょう。

- がんと診断を受けたことがある
- 抗がん剤、生物学的製剤または免疫抑制剤を使用している
- 患部に細菌感染を伴っている
- 心疾患、肺疾患、肝疾患、腎疾患、出血傾向、血液疾患、コントロール不良な糖尿病および高血圧症等を有する
- 薬剤過敏症の既往歴がある
- 血液感染症を患っている
- 血液検査の結果、血小板数の異常がある
- ステロイド剤を服用している
- 1か月以内にPRP療法を受けた

そ の 他 の 注 意 事 項

■ 中止が必要なお薬

普段飲んでいるお薬によっては、血液中に残っている成分がPRP療法の効果を低下させる可能性があります。従いまして、お薬によっては、休薬（※）を推奨させていただく場合がございます。その場合は医師がご説明します。

※休薬とは、服薬を一時的に中断する事です。

■ 成分を抽出できない可能性

採取した血液の状態によっては、成分を抽出できない可能性があり、再度採血が必要となる場合も考えられます。

■ 使用器材の汚染や破損

PRP療法に必要な設備は法定基準をクリアしています。厳格な基準を設け、専門スタッフが血液や器材を清潔に取り扱う体制を確保しています。しかしながら、機器の予期せぬ不具合等により、汚染や破損が発生し、実施が延期・中止される場合も考えられます。

■ 穿刺部の感染について

針を刺した箇所に出血や感染の可能性があります。ただし、出血や感染の危険性は、PRP療法に限らず、注射針を刺す医療行為全般に共通するリスクです。

■ リハビリテーションについて

PRP療法実施部位のリハビリテーションは、血液感染症検査日から、6ヶ月間の定期診察終了まで、保険適用外（自費診療）となります。そのため、当院ではリハビリテーションを希望される患者様に向けて、オプション制（保険適用外（自費診療））にて提供しております。ご希望の場合には、主治医にご相談ください。

PRP療法の適応に対する当院の指針

PRP療法には「長所と短所」があり、まだ新しい治療法のため、今後、治療実績や研究が進むにしたいが新たな長所や短所が明らかになる可能性が考えられます。そのため当院では、PRP療法の前に従来の治療法を十分に試みることが大切だと考えています。しかしながら、従来の治療法では症状が改善しない患者様や、再悪化を繰り返す患者様にとって、PRP療法は選択肢の一つになりうるというのが当院の考え方です。

1. 不必要なPRP療法が行われることを未然に防ぎます。

PRP療法を実施しなくとも、自然に治癒・回復していた可能性のある患部に対し、不必要なPRP療法が行われることを未然に防ぐ観点から、「従来の治療を受けたにもかかわらず、3ヵ月以上の症状持続、または3回以上の症状再燃があった疾患」を対象とすることを推奨しています。

2. 適応を慎重に判断します。

病状を正確に診断したうえで、PRP療法によって効果が得られるかどうか、複数の医師が参加する院内検討会議を行います。患者様によっては他の医療機関からの診療情報も参考に慎重に判断します。

このように、患者様が初めて来院された後、院内検討会議を行い、2度目のご来院の際に検討結果を説明し、PRP療法の日程を決めます。したがって、実施するまで、少なくとも2回の診療（検査・診察等）をさせていただきます。

3. PRP療法に関する最新情報の収集と情報発信を積極的に行います。

治療実績の報告や関連する最新の論文等によって、PRP療法に関する情報の更新に努め、効果と安全性の向上を目指します。また、重要な情報については、積極的に情報発信に努めます。

PRP療法全体の流れ

PRP療法を実施する前に2回の診察を行い、3回目のご来院時にPRP療法を実施します。

1回目のご来院	
■診察してPRP療法の適応に可能性があるかどうかを検討します。(その後、病院内でも検討会議を行います。)	「 保 険 診 療 」

2回目のご来院	
■病院内の検討会議の結果をお伝えします。	「 自 費 診 療 」
■同意書をお渡しします。 (PRP療法の長所・短所を十分ご理解いただいたうえで実施を希望されたときに、同意書にご署名いただきます。)	
■PRP療法実施日を決定します。	
■実施前の血液感染症検査、身体機能測定を行います。	

↓ 約2週間後



3回目のご来院	
■PRP療法を実施します。	* 費 用 合 計 額 に 含 む

↓ 1週間後

4回目のご来院	
■実施した部位の状態を診察します。	「 」

↓ 約3週間後

5回目以降のご来院 (PRP療法実施から半年間、1か月ごと)	
■実施後の経過を診察します。	「 」

費用については、17ページをご参照ください。

1 回目 の 診 察 の 流 れ

お持ちいただくもの

- 保険証・診察券
- お薬手帳または現在のお薬がわかるもの（サプリメント、市販薬を含む）
- 当パンフレット

受付

問診票をご記入いただきます。
お薬手帳／現在のお薬がわかるものをお預かりします。

診察

PRP療法の適応があるか、検討する為に診察します。

検査

診断する為に必要な検査を実施します。



検査後の診察

診察の結果、PRP療法を受けられる可能性があるかと判断され、患者様も**希望された場合**、次回（2回目）の診察と身体機能測定の予約を行います。

[内服薬の確認・休薬の説明]

普段服用しているお薬を確認させていただきます。休薬の必要性がある場合は処方した担当医へ休薬の可否について確認していただくための診療情報提供書を作成します。

事務からのご説明、会計

費用や支払い方法についてご説明します。



2 回 目 の 診 察 の 流 れ

お持ちいただくもの

- 保険証・診察券
- お薬手帳または現在のお薬がわかるもの（サプリメント、市販薬を含む）
- 当パンフレット

受付

診療情報提供書をお持ちの方は受付にてお預かりします。
お薬手帳／現在のお薬がわかるものをお預かりします。

診察

院内検討会議の結果をご説明します。

[内服薬の確認・休薬の説明] ※休薬に関する説明・同意書

休薬の必要性がある場合、処方した担当医からの休薬の可否について確認させていただきます。そのうえで、休薬に関して具体的にご説明します。

これまでの説明を聞いたうえで、PRP療法を希望される場合、「細胞提供についての説明書（同意書・同意撤回書）」及び、「再生医療提供についての説明書（同意書・同意撤回書）」をお渡しします。お渡しした説明書に基づきPRP療法について詳細にご説明し、次回（3回目）PRP療法実施の日時を決定します。

血液感染症検査

感染症検査のため、採血を行います。

看護師・薬剤師からのご説明

PRP療法実施日の流れと、休薬の流れについて具体的にご説明します。



理学療法士による身体機能測定・リハビリに関するご説明

問診、関節可動域測定、筋力測定などの身体機能測定を行います。
PRP療法実施後のリハビリについてご説明します。

会計

費用の一部（16,000円（税別））をお支払いいただきます。

3 回目の診察の流れ（PRP療法実施日）

お持ちいただくもの

- 保険証・診察券
- お薬手帳または現在のお薬がわかるもの（サプリメント、市販薬を含む）
- 当パンフレット
- 再生医療等提供についての説明書・同意書
- 細胞提供についての説明書・同意書
- PRP療法同意書（当パンフレット19ページ）
- PRP療法費用についての説明書・同意書（当パンフレット21ページ）
- 費用の残金

受付、費用のお支払い：**ご予約時間の30分前にご来院ください。**

あらかじめご署名いただいている以下の同意書をお預かりします。

- ・細胞提供についての説明書・同意書
- ・再生医療等提供についての説明書・同意書
- ・PRP療法同意書
- ・PRP療法の費用についての説明書・同意書

お薬手帳／現在のお薬がわかるものをお預かりします。

本日の体調をうかがい、体温測定等を行います。

費用の残金をお支払いいただきます。

診察

PRP療法実施の希望について最終確認いたします。

採血

PRP抽出に必要な採血を行います。

採血後、加工作業の間約60分間、院内にてお待ちいただきます。

PRP療法実施

PRPを患部に注射します。

医師より、実施後の注意点をご説明します。

看護師・薬剤師からのご説明

実施後の注意点をご説明します。

休薬していた内服薬の再開についてご説明します。

次回以降の診察予約を行います。

ご帰宅

ご帰宅の際は、必ず受付にお立ち寄りください。



4 回目の診察の流れ（PRP療法実施後）

お持ちいただくもの

- 保険証・診察券
- お薬手帳または現在のお薬がわかるもの（サプリメント、市販薬を含む）
- 当パンフレット

受付

診察 投与より1週間経過後に実施部位の状態観察を行います。

必要な場合は検査を行います。

PRP療法実施後、1か月経過時（5回目）の診察予約を行います。

ご帰宅

ご帰宅の際は、必ず受付にお立ち寄りください。

リハビリテーション（自費オプション）をご希望の方は診察の際にお申し付けください。

5 回目以降の診察の流れ（PRP療法実施後）

お持ちいただくもの

- 保険証・診察券
- お薬手帳または現在のお薬がわかるもの（サプリメント、市販薬を含む）
- 当パンフレット

受付

診察 実施後の状態を診察します。

必要な場合には検査を行います。

1か月後（6回目～）の診察予約を行います。

理学療法士による身体機能測定

問診、関節可動域測定、筋力測定などの身体機能測定を行います。

ご帰宅

ご帰宅の際は、必ず受付にお立ち寄りください。

リハビリテーション（自費オプション）をご希望の方は診察の際にお申し付けください。
定期的な受診、又は電話連絡により、半年間（6か月間）経過観察をさせていただきます。

PRP療法当日までのご注意

【ご来院時間】

令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分

【PRP療法のご予約時間】

令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分

《自動車の運転について》

当日（PRP療法実施後）の運転はお控えください。

- ・実施部位の違和感により運転に影響する恐れがあります。

《食事／水分／入浴》

食事制限はありません。普段通りお召し上がりください。

PRP療法実施前24時間は、普段より多めの水分摂取を心がけてください。

- ・水分摂取量が少ないと、血液採取時に気分が悪くなる場合があります。
- ・普段の水分量より500mlほど多めにお飲みください。

当日（PRP療法実施後）は感染予防の為入浴・シャワーをお控えください。

- ・PRP療法実施当日は、入浴を済ませてからご来院ください。

PRP療法実施後のご注意

- * 当日（PRP療法実施後）は、個人差はありますが腫れぼったさや違和感がある方もいらっしゃると思います。この場合、実施部位を冷やしていただくと、症状は数日で改善します。
- * 痛みが持続される場合は、1週間後の受診時に担当医にご相談ください。
- * 当日（PRP療法実施後）の運転はお控えください。実施部位の違和感により、運転に影響する恐れがあります。
- * 痛み止めの使用に関しましては、担当医の処方する薬のみをご使用ください。薬によっては、治療に影響する場合がありますのでご注意ください。
- * PRP療法実施後14日間は活動レベルを最小限に、実施前より活発にしないことが推奨されています。運動はお控えいただきますが、痛みが悪化しない程度のウォーキングは可能です。
- * 当日（PRP療法実施後）は、感染予防のため入浴・シャワーをお控えください。入浴・シャワーのご使用は翌日からとなります。実施部位に貼ってある注射パッチを外してから、入浴・シャワーをご使用ください。
- * 中止薬の再開時期に関しましては、医師の指示をお守りください。
- * 実施後は、原則1週間後に診察を行います。その後は、定期的な受診又は電話連絡により、半年間（6か月間）経過観察をさせていただきます。

ご不明な点は、おゆみの中央病院までお問い合わせください。

費用について

PRP療法は、保険適用外（自費診療）です

【自費診療にかかる費用合計額】

①GPSⅢキット ￥120,000（税別）
（￥132,000（税込））

・関節外投与（筋・腱・靭帯）が主な目的のキットです。

②APSキット ￥300,000（税別）
（￥330,000（税込））

・関節内投与（変形性膝関節症）が主な目的のキットです。

※上記①②いずれの費用にも、血液感染症検査費用、診察費用（実施後6ヵ月間）が含まれています。

※上記費用のうち、血液感染症検査費用（16,000円_税別）は、血液感染症検査当日にお支払いいただきます。PRP療法が行えない場合であっても、すでにお支払いになりました血液感染症検査費用（16,000円_税別）の返金はいたしませんので、予めご了承ください。

※PRP療法を実施した部位のリハビリテーションは、経過観察期間（実施後6ヵ月間）において保険適用外（自費診療）となります。

※上記①②いずれのキットが適応になるか、患者様の病状によって異なります。キットの選定は、患者様とご相談のうえ、医師が判断します。

※お支払いは、クレジットカードもご利用いただけます。

費用の詳細についてご不明な点は、病院受付までお問い合わせください。

PRP療法にかかる費用は、医療費控除の対象です。
詳しくは、税務署までお尋ねください。

同 意 の 撤 回

PRP療法を受けることについて同意した場合でも、実施前であれば、いつでも同意を撤回することができます。

[注意]

- PRP療法実施前の血液感染症検査費用など、既に発生している費用については、検査結果などによってPRP療法が実施できない場合でも返金はいたしませんので、予めご了承ください。
- PRP療法実施日に自己血液採血の準備にとりかかる過程でGPSⅢキットまたはAPSキットを開封いたします。この段階で、医療材料費用が発生します。開封後の同意撤回の場合、医療材料費用の返金はいたしませんので、予めご了承ください。

PRP療法実施後は、いかなる場合も（全く効果が感じられない場合も）、返金はいたしませんので、予めご了承ください。

個 人 情 報 保 護 に つ い て

PRP療法を行う際に得た個人情報は、当院が定める「再生医療等に関する個人情報取扱実施規程」に従い適切に管理・保護いたします。

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

PRP療法費用についての説明書・同意書

ID: _____ 氏名: _____ 様

1. 保険適用外（自費診療）でのお支払いとなります。
- GPSⅢ キット使用時 自費 120,000円（税別）※132,000円（税込）
 - APS キット使用時 自費 300,000円（税別）※330,000円（税込）
2. 血液感染症検査費用及び、PRP療法実施日の診察費用、実施日以降の定期診察費用（半年間、計7回）は、上記金額に含まれます。
3. 上記費用のうち、血液感染症検査費用（16,000円_税別）は、血液感染症検査当日にお支払いいただきます。
- 血液感染症検査費用 自費 16,000円（税別）※17,600円（税込）
4. PRP療法実施当日、診察前に血液感染症検査費用を除いた残額を一括でお支払いいただきます。
- GPSⅢ キット使用時 自費 104,000円（税別）※114,400円（税込）
 - APS キット使用時 自費 284,000円（税別）※312,400円（税込）

【キャンセル時のご返金について】

5. PRP療法が行えない場合であっても、すでにお支払いになりました血液感染症検査費用（16,000円_税別）の返金はいたしませんので、予めご了承ください。
6. PRP療法実施当日にキャンセルされる場合
- 診察時にキャンセルされる場合
診察前にお支払いいただいた費用をご返金します。
 - 診察以降にキャンセルされる場合
医療材料費用が発生するため、ご返金額は以下の金額となります。
GPSⅢキット使用時 49,500円 / APSキット使用時 104,500円

【リハビリテーションについて】

7. PRP療法実施部位のリハビリテーションは、血液感染症検査日から、6ヶ月間の定期診察終了まで、保険適用外（自費診療）となります。そのため、当院ではリハビリテーションを希望される患者様に向けて、オプション制（保険適用外（自費診療））にて提供しております。ご希望の場合には、主治医にご相談ください。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療法人社団淳英会 おゆみの中央病院
説明者 _____

PRP療法費用についての同意書

私は、PRP療法の費用について説明を受け、上記の内容に同意します。

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 _____

原本：診療録控え コピー：患者様控え

オプションメニュー

リハビリテーションについての説明書・申込書

ID:

氏名:

様

1. リハビリテーションは、お選びいただくコースによって費用が異なります。
- ①フルコース（月4回 40分×6ヵ月）自費90,000円（税別）※99,000円（税込）
- ②ミドルコース（月2回 40分×6ヵ月）自費45,000円（税別）※49,500円（税込）
- ③指導コース（月1回 40分×6ヵ月）自費14,000円（税別）※15,400円（税込）
- ④回数払いタイプ（1回あたり・40分）自費 4,430円（税別）※ 4,873円（税込）
2. ①②③コースの方は、リハビリテーション初回実施日に上記金額を一括でお支払いいただきます。
- ④コースの方は、ご来院の都度、代金をお支払いいただきます。

【リハビリテーションの中断による返金額について】

3. ①②③コースの方は、下表の実施回数により返金額が異なります。
4. 返金の際は、**2. でお支払いいただいた領収書が必要**ですので大切に保管下さい。
5. 返金の方法は、口座振込に限ります。なお、振込にかかる手数料は返金額より差し引かせていただきます（患者様負担）。

【①フルコース・返金額】

1～4回	5～8回	9～12回	13～16回	17～20回	21回以降
82,500円	66,000円	49,500円	33,000円	16,500円	

【②ミドルコース・返金額】

1～2回	3～4回	5～6回	7～8回	9～10回	11回以降
41,250円	33,000円	24,750円	16,500円	8,250円	

【③指導コース・返金額】

1回	2回	3回	4回	5回	6回
12,826円	10,252円	7,689円	5,126円	2,563円	

令和 年 月 日

医療法人社団淳英会 おゆみの中央病院

説明者

リハビリテーションについての申込書

私は、PRP療法のオプションメニューであるリハビリテーションの費用について説明を受け、
[①フルコース/ ②ミドルコース/ ③指導コース/ ④回数払いタイプ] を申込みます。

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 _____

原本：診療録控え コピー：患者様控え

(PRP療法) 抗血小板薬、抗凝固薬の休薬に関する説明書・同意書

ID: _____ 氏名: _____ 様

【説明内容】

脳梗塞、心筋梗塞、下肢静脈血栓症、肺梗塞等の治療予防のため、抗血小板薬（バイアスピリン・プラビックス・プレタール・パナルジン等）又は、抗凝固薬（ワーファリン・プラザキサ・イグザレルト等）が使われていることがあります。

これらの薬を使用したままPRP療法を受けられると出血が止まりにくくなり、実施後の腫脹が強くなる場合があります。また、PRP療法の効果が減弱する場合があります。

一方で、これらの薬を休薬すると血栓の予防効果が失われ、脳梗塞、心筋梗塞、下肢静脈血栓症、肺梗塞等の重篤な血栓症が起こる場合があります。

そのため、これらの薬を服用中の患者様においては薬を継続する出血のリスクと、薬を休薬する血栓症発症のリスクの両者を考慮して判断することになりますが、完全に危険を回避することはできません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療法人社団 淳英会 おゆみの中央病院

説明医師 _____

(PRP療法) 抗血小板薬、抗凝固薬の 休薬 に関する同意書

私は、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に実施される予定の上記のPRP療法にあたり抗血小板薬、抗凝固薬に関する説明を受け、

休薬する / 休薬しない

ことに同意いたします。

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 _____

原本：診療録控え コピー：患者様控え

P R P 療 法 に 伴 う 休 薬 の 説 明

ID: _____ 氏名: _____ 様

治 療 予 定 日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

《 休薬の指示 》

- なし → 現在服用中のお薬は、通常通り服用してください。
- あり → 下記に記載したお薬は、効果等に影響が出る可能性があるため、
下記の通りに休薬をお願いします。
 その他のお薬は、通常通り服用してください。

薬剤名	休薬を開始する日	服用を再開する日
	年 月 日から	年 月 日から
	年 月 日から	年 月 日から
	年 月 日から	年 月 日から
	年 月 日から	年 月 日から
	年 月 日から	年 月 日から

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療法人社団淳英会 おゆみの中央病院

説明者 _____

2019.11 版

PRP療法（第2種）実施前 チェックリスト

記載年月日 年 月 日

ID:	氏名:	様 年齢:	歳
-----	-----	-------	---

適応疾患	(第2種) 変形性膝関節症		
選択基準	成人で判断能力があり、PRP療法について十分説明を受け、その内容を理解し同意したもの	Yes	No
	臨床検査(血液検査)の結果、総合的に判断して重篤な機能不全の所見が見られない者	Yes	No
除外基準	がんと診断されていますか	Yes	No
	活動性の炎症を有していますか	Yes	No
	現在、ステロイド治療を受けていますか	Yes	No
	B型肝炎、C型肝炎、HIV、HTLV-1陽性であるもの	Yes	No
	血小板数(×10/μL)が9.9以下もしくは40以上である者	Yes	No
	1ヶ月以内にPRP療法を受けたことがありますか	Yes	No
	重篤な合併症(心疾患、肺疾患、肝疾患、腎疾患、出血傾向、コントロール不良な糖尿病および高血圧症など)を有していますか	Yes	No
	薬剤過敏症の既往歴を有していますか	Yes	No
	その他、担当する医師が不適合と判断した者	Yes	No

今までにかかった病気	
治療中の病気	
使用中の薬 ※お薬手帳をご提示ください	※薬の内容によっては治療に影響する場合がありますので全ての薬をお書きください
アレルギーの有無	なし あり(薬) (食べ物)

患者署名 _____

代諾者署名 _____

医師署名 _____

2019.11.12 作成

PRP療法（第3種）実施前 チェックリスト

記載年月日

年 月

日

ID:	氏名:	様	年齢:	歳
-----	-----	---	-----	---

適応疾患	(第3種) スポーツ外傷を含む筋、腱、靭帯損傷 上腕骨外側上顆炎(テニス肘)、上腕骨内側上顆炎(ゴルフ肘)、膝蓋腱炎、アキレス腱周囲炎、足底腱膜炎等		
選択基準	スポーツ外傷、事故および加齢に伴う機能障害患者である	Yes	No
	保険適応の標準治療を施しても改善が見られない疾患である	Yes	No
	患者が再建手術や修復手術による組織修復を希望しない	Yes	No
	外来通院が可能である	Yes	No
	16歳以上であり、この治療について十分説明を受け、その内容を理解し、同意した者	Yes	No
	未成年者は、代諾者が同意した者	Yes	No
除外基準	がんと診断されていますか	Yes	No
	活動性の炎症を有していますか	Yes	No
	現在、ステロイド治療を受けていますか	Yes	No
	B型肝炎、C型肝炎、HIV、HTLV-1陽性であるもの	Yes	No
	血小板数(×10/μL)が9.9以下もしくは40以上である者	Yes	No
	1ヶ月以内に本治療を受けたことがありますか	Yes	No
	重篤な合併症(心疾患、肺疾患、肝疾患、腎疾患、出血傾向、コントロール不良な糖尿病および高血圧症など)を有していますか	Yes	No
	薬剤過敏症の既往歴を有していますか	Yes	No
	その他、担当する医師が不適合と判断した者	Yes	No

今までにかかった病気 治療中の病気	
使用中の薬 ※お薬手帳をご提示ください	※薬の内容によっては治療に影響する場合がありますので全ての薬をお書きください
アレルギーの有無	なし あり(薬) (食べ物)

患者署名

代諾者署名

医師署名

2019. 11. 12 作成

おゆみの中央病院 [PRP療法説明文書] 【改訂第2版】

令和1年12月17日 初版発行

令和2年2月7日 第2版 発行

医療法人社団 淳英会 おゆみの中央病院

〒266-0033 千葉県千葉市緑区おゆみ野南六丁目 49 番地 9

TEL : 043-300-3355 FAX : 043-300-3377

詳しくは、病院受付（PRP担当）までお問い合わせください