

同意書

再生医療等名称:「自家PRP(多血小板血漿)を用いた毛髪再生治療」

私は、上記の治療に関して、医師から十分な説明を受け、質問をする機会も与えられ、その内容に関して理解しました。その上で、この治療を受けることに同意します。なお、この同意書の原本は当院が保管し、希望される患者様には同意書の写しをお渡しします。

* 説明を理解した項目の□の中に、ご自分でチェック(✓印)を入れてください。

再生医療等名称:「自家PRP(多血小板血漿)を用いた毛髪再生治療」

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. はじめに | <input type="checkbox"/> 10. 治療費用 |
| <input type="checkbox"/> 2. 本治療の概要 | <input type="checkbox"/> 11. 試料等の保存及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 3. 本治療の対象者 | <input type="checkbox"/> 12. 健康、遺伝的特徴等に関する重要な知見 |
| <input type="checkbox"/> 4. 本治療の流れ | <input type="checkbox"/> 13. 健康被害が発生した際の処置と補償 |
| <input type="checkbox"/> 5. 予想される効果と起こるかもしれない副作用・事象 | <input type="checkbox"/> 14. 個人情報の保護について |
| <input type="checkbox"/> 6. 本治療における注意点 | <input type="checkbox"/> 15. 特許権、著作権及び経済的利益について |
| <input type="checkbox"/> 7. 他の治療法との比較 | <input type="checkbox"/> 16. 本治療の審査および届出 |
| <input type="checkbox"/> 8. 本治療を受けることの同意 | <input type="checkbox"/> 17. 当院の連絡先・相談窓口 |
| <input type="checkbox"/> 9. 同意の撤回 | |

同意日: 年 月 日

住所: _____

連絡先電話番号: _____

氏名: _____

説明日: 年 月 日

説明医師: 木藤 洋一