

# 多血小板療法（Platelet Rich Plasma）説明書

## PRP とは何なのか

血液を遠心分離機にかけ、分離した層の中の血小板を多く含む血漿濃縮物のことを PRP と呼びます。

血小板は傷の修復を促す血液成分の 1 つで、血小板成分を濃縮した状態で患部に注入すると、注入された場所の自己修復力が活性化されます。

PRP 療法とは、患者様ご自身の血液から作製した PRP を患部に注射する再生医療のことです。

血小板から放出される成長因子（下表）等の成分により、自己修復力を活性化させて、傷んだ組織の修復や関節炎の症状軽減が期待できます。

PDGF	組織修復、細胞増殖、血管新生、コラーゲンの産生
TGF	上皮細胞、血管内皮膚の増殖、創傷治癒の促進
VEGF	血管新生、血管内細胞増殖
EGF	上皮細胞の成長促進、血管新生、創傷治癒の促進
FGF	線維芽細胞の成長促進
HGF	血管新生、器官再生促進
IGF	コラーゲン生成の促進、血流増加

## PRP 治療の長所

- ・ 患者様ご自身の自己修復力を高めて、損傷している箇所の修復改善が期待できます。
- ・ 成長因子に含まれる抗炎症作用により、損傷している箇所の痛みの軽減を図ることが期待できます。
- ・ 関節、筋、腱、靱帯、骨など殆どの運動器に対して治療を行うことができます。
- ・ 患者様ご自身の血液を用いるため、副作用も殆どなく安全性が高い治療法で、何度でも再投与可能です。

## PRP 治療の短所

- ・ 自己修復力に依存しているため、患者様のご希望される結果が得られない場合があります。
- ・ 注射後に痛みや炎症（熱感、赤み、腫れ）を伴うことがあります。
- ・ 100% 自費診療であり、公的医療保険制度上の保険診療ではない為、治療費が高額になります。
- ・ 一般的な採血と同じく、採血部に一時的な痛み、皮下出血、感染症や神経損傷が起こる可能性があります。合併症については保険診療にて治療します。

## 治療の方法

- ・ 血液を静脈より約 50ml 採取します。採血した血液を加工業者に輸送し、PRP を作製します。
- ・ PRP 作製に 3 週間ほどお時間を頂きます。出来上がり次第ご連絡差し上げます。
- ・ 注射当日は予約時間に少し余裕をもってご来院ください。
- ・ 注射後はシャワー程度で済ませるようお願いします。入浴は翌日からお願いします。  
また日常生活に関しては特に制限などはありませんので、普段の生活でお過ごしください。
- ・ 注入後、数日間は血流のよくなる活動（長期間の入浴、サウナ、運動、飲酒など）を推奨しません。
- ・ 再診日は注射後の 1 ヶ月後、2 ヶ月後、3 ヶ月後になります。
- ・ 自費診療による PRP 治療期間は、注射後から約 3 ヶ月間になります。  
（例：注射 4/15 の場合は 7/15 までが PRP 治療期間）

## 治療費等について

- ・ 採血日に全額料金をお支払いいただきます。
- ・ 採血結果で注射ができない場合には検査費用を除いた注射料金分（143,000 円）を返金致します。それ以外の場合はいかなる場合も返金対応は不可能となります。
- ・ PRP 治療期間中は自費診療となります。PRP 治療部位に関しては保険診療での治療・投薬・検査等は一切できません。
- ・ 体調の良くない場合や血液の状況によっては、ごく稀に PRP を作製が出来ない場合がございます。  
その際には再度採血をお願いする場合があります。
- ・ 血液輸送時に事故や天災などによる破損につきましては、各運送会社または患者様のご負担になります。
- ・ 保存期間を過ぎた場合は破棄させていただきます。（保存期間は半年です。）

## 治療に関する注意事項

- ・ 持病やアレルギー、過去に重篤な疾患の既往がある場合は事前に申告して下さい。
- ・ 妊娠または妊娠の可能性のある患者様は事前に申告して下さい。
- ・ 同意書の内容の全てにご同意いただけない患者様は治療を受けられません。
- ・ 注射実施日に体調が著しく悪い場合は日程を変更しますので受付時にお申し出ください。
- ・ 患者様は、治療の詳細を知る権利がありますので、ご不明な点はいつでもご相談ください。

## 同意書

## PRP 療法を行うにあたり

- ☐別紙説明書の内容を十分に理解し、貴院における治療方法の説明を受け、疑問点については質問し、担当医より回答を得た上で十分に理解、納得して医療を受けることに同意します。
- ☐治療中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについて同意します。
- ☐採血後の返金請求はいかなる事由においても致しません。
- ☐貴院が医療行為の安全を重視し、検査もしくは組織加工業務を他の会社に委託する場合、必要な範囲内の個人情報付随して委託することについて同意致します。
- ☐PRP 注射は自由診療であり健康保険が適応されない治療となります。そのため全て、自己負担の支払いになることに同意します。
- ☐PRP 注射の効果は患者様によって個人差があることを理解しました。
- ☐患者様やご家族の方が期待する効果が得られなかった場合に、当院に対してや PRP 療法に関して誹謗中傷等や SNS 等に流布しない事に同意します。
- ☐採血した月から注射後 3 ヶ月間は自由診療で経過観察の期間となり、この間は保険診療の治療が出来ない事を理解しました。

採血予定日 年 月 日 ( )

注射実施日 年 月 日 ( )

## 治療費

円 (税込) (部位

◆上記 PRP 注射について了承し、全ての事項について同意します。

令和      年      月      日

【治療を受けられる方】 患者様氏名：

【代理人】 私は、上記代理人として貴院での PRP 療法を受けることに同意します。

代理人ご署名： 患者様との関係（ ）

医療機関名：一関すずき整形外科クリニック

担当医師：鈴木 道博