

# 注射説明書・同意書

希望注射 (決まっていれば○を付けてください)

美肌注射 プラセンタ注射 にんにく注射 白玉注射

## 確認事項

妊娠 (可能性がある方) ・授乳中の方は受けられません

## 副作用

稀にアレルギー症状 (発疹、痒み、発熱など) の症状が現れることがあります。

このような症状が出た場合は必ず担当医師にご相談下さい。

注入部位に赤味・内出血がみられることがあります。

## プラセンタ注射を受ける方は以下をお読みください。

### ・ウイルスや細菌などに対する安全性

ウイルスや細菌が製剤に混入しないよう、次のような感染防止対策をとっています。

① スクリーニング → ②受入検査 → ③高圧蒸気細菌処置 → ④製品試験

### ・病原性プリオンなどに対する安全性

正常のプリオンが変異するには一定の時間が必要ですが、ヒトプラセンタは約 10 ヶ月しか体内にとどまることのない、極めて暫定的な組織です。また、ヒトプラセンタを原料として製造される医薬品による感染症の伝播の報告はありません。しかし、病原性プリオン病の伝播にリスクを完全に拒否することはできません。

このため、献血が出来なくなります。

### ・臓器提供制限について

前項目、献血の制限同様に臓器提供も控えて頂きます。

但し、臓器提供の場合、移植希望者が移植医から適切な説明を受けた上で、提供を受ける意思を明らかにしている場合の提供は可能です。

### ・治療間隔

1 度に 3 アンプルまで注入可能ですが内容量によって 3 日～2 週に 1 度の通院をお勧めします。

1 回で症状を改善するものではなく、複数回の治療を継続することでより効果を高めることができます。

### ・プラセンタ導入の方へ

※医療用プラセンタ使用のため上記記載をしておりますが、皮膚を介して導入しますので感染のリスクはありません。

※治療に関して異常または不明な点が生じた場合は、必ず当院へご連絡後速やかに来院して下さい。

---

◎私は上記内容を理解し、納得した上で施術を受ける事に同意致します。

令和 年 月 日

同意者ご氏名 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

(施術を受ける方が未成年である場合)

申込者が施術を受けることに同意します。

保護者ご氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

柏みんなクリニック イオン柏院

ご住所 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

担当 \_\_\_\_\_