

PRP療法（自己多血小板血漿療法） 施術説明書

患者様氏名		施術日	年 月 日
カルテ番号		担当医師	
施術部位			

説明書はオンラインでも確認できます。お家で見返したい時はダウンロードしてください



第1条 治療の目的と方法

PRP（Platelet-Rich Plasma：多血小板血漿）療法は、患者様ご自身の血液から血小板を高濃度に抽出・濃縮し、シワや肌の気になる部位に注入する再生医療です。血小板に豊富に含まれる多種類の成長因子（PDGF・TGF- β ・EGF・VEGF・IGF等）が線維芽細胞を活性化し、コラーゲン・エラスチンの新生を促進します。

主な適応	作用・特記事項
目の下のちりめんジワ（最適応）	目元の薄い皮膚に密集する微細なシワ。コラーゲン新生で皮膚の弾力を根本から回復します。
口周りの小ジワ	表情筋の動きが多く乾燥しやすい部位。PRPで組織を内側から支えます。
顔全体の肌質改善・若返り	加齢・光老化で失ったハリを全体的に回復します。ピコフラクショナルとの併用で相乗効果があります。
ほうれい線・頬のたるみ補助	ヒアルロン酸注入と組み合わせることでより自然な若返りが得られます。

施術の流れ

時期	経過
採血（所要約5分）	腕から約20～30ml採血します。献血と同程度の量です。
遠心分離（約15分）	専用キットで血液を遠心分離し、PRPを抽出・濃縮します。
麻酔	表面麻酔クリームまたは局所麻酔を使用します（ご希望に応じて）。

注入（15～30分）	極細針でPRPをシワや治療部位に丁寧に注入します。
終了・帰宅	施術直後からメイク可能。当日から通常の生活が送れます。

第2条 治療効果および限界について

PRP療法の効果には個人差があります。以下についてご理解いただいた上で治療をお受けください。

- ・ コラーゲン新生は注入後数週間～数ヶ月かけて進行するため、即時的な効果は限定的です。効果を実感するまでの目安は、施術後2週間～1ヶ月で肌の質感改善、2～3ヶ月でハリ・くすみの改善、3～6ヶ月で最大効果です。
- ・ 効果の持続期間には個人差がありますが、概ね6ヶ月～1年程度です。定期的な施術で効果が維持されます。
- ・ 1回の施術で完全な改善が得られるとは限りません。症状や希望により複数回の施術を要する場合があります。
- ・ 深いたるみ・骨格的变化を修正する治療ではありません。深いしわにはヒアルロン酸注入との併用をご提案する場合があります。
- ・ 血小板の採取量・活性度は個人差があるため、注入できるPRP量や成長因子の濃度が異なります。

第3条 施術後の一般的な経過

時期	経過
当日～2日	注射部位に軽度の腫脹・紅斑・圧痛が生じます。内出血が現れることがあります（特に目の下）。これは正常な反応です。
2～7日	腫脹・紅斑が徐々に軽減します。内出血は7～10日で自然吸収されます。
1～4週後	コラーゲン産生が始まります。この時期は視覚的变化は限定的ですが、細胞レベルで組織修復が進行しています。
1～3ヶ月後	コラーゲンリモデリングが進み、肌のハリ・弾力の改善が顕在化してきます。
6ヶ月～1年	効果がピークに達します。維持のために定期的な追加施術が推奨されます。

第4条 起こりうる副作用・リスク

副作用	内容・発生機序	対処・転帰
内出血・皮下出血	注射針による血管損傷。特に目の下で生じやすい。	7～10日で自然吸収。ファンデーションでカバー可能です。
腫脹・むくみ	注射部位の一時的な腫れ。	通常2～3日で消退します。
疼痛・圧痛	注射部位の痛み。局所麻酔で軽減します。	数日で消退します。
感染（まれ）	注射針による細菌感染。清潔な操作で予防します。	抗菌薬で治療します。
効果不十分	血小板数・活性度・組織状態により期待通りの改善が得られない場合があります。	再施術で対応します。

色素変化（極めてまれ）	成長因子が色素細胞に影響する場合があります。	経過観察。多くは自然回復します。
神経損傷（極めてまれ）	注射針が神経近傍に触れた場合。適切な注射部位の選択で予防します。	多くは数週間で回復します。
血管塞栓（極めてまれ）	注射が血管内に入った場合。適切な注射技術で予防します。	緊急対応が必要な場合があります。

第5条 施術後の注意事項

項目	指導内容
当日	激しい運動・長時間入浴・サウナ・多量飲酒はお控えください（シャワーは可）。
患部保護	注射部位を強く擦ったり、マッサージしたりしないでください（当日～2日間）。
内出血が出た場合	ファンデーションでカバーできます。通常7～10日で消退します。
紫外線対策	SPF30以上の日焼け止めを毎日塗布してください。
NSAIDs服用	術後1週間はアスピリン・ロキソプロフェン等の解熱鎮痛剤（NSAIDs）の服用を控えてください（血小板機能への影響）。
次回施術目安	効果の最大化には3～6ヶ月ごとの定期施術が推奨されます。
受診基準	異常な腫れ・発熱・化膿・強い疼痛が生じた場合は速やかにご来院ください。

第6条 施術禁忌事項のご確認

以下に該当される方は施術をお受けいただけません。お申告なく施術を受けられ、それに起因する事象については当院は責任を負いかねる場合があります。

【絶対禁忌】

- ☐ 妊娠中・授乳中
- ☐ 血液凝固障害・血小板機能異常（血友病等）
- ☐ 活動性感染症・敗血症
- ☐ 悪性腫瘍の治療中または既往がある
- ☐ 血液疾患（白血病・リンパ腫・多発性骨髄腫等）
- ☐ 抗凝固薬・抗血小板薬を服用中
(バイアスピリン・ワーファリン・プレタール等) → 採血・止血に影響します

【要確認事項】 以下に該当される方は事前に担当医師にお知らせください

- ☐ NSAIDs（ロキソプロフェン・イブプロフェン等）を継続服用中
→ 血小板機能を低下させる場合があります
- ☐ 重度のアレルギー体質（アナフィラキシー既往）
- ☐ 免疫抑制状態・ステロイド長期服用
- ☐ 過去にPRP療法を受けて副作用があった

第7条 同意確認

以下の各項目をご確認いただき、すべてにご同意の上、署名をお願いいたします。

- ☐ 担当医師より、治療の目的・方法・使用する薬剤について説明を受け、理解しました。
- ☐ 当院が再生医療提供機関として厚生労働省の認定を受けていることを説明を受け、理解しました。
- ☐ 施術後の一般的な経過（内出血・腫脹等）について説明を受け、理解しました。
- ☐ 副作用・リスク（内出血・感染・効果不十分等）について説明を受け、理解しました。
- ☐ 1回の施術では効果が限定的であり、複数回の施術や定期的な維持治療が必要な場合があることを理解しました。
- ☐ 施術後の注意事項について説明を受け、遵守することに同意しました。
- ☐ 禁忌事項の確認を行い、該当事項があれば正確にお申告しました。
- ☐ 治療費用・治療効果の個人差・完全な治癒を保証するものではないことを説明を受け、了承しました。
- ☐ 疑問点について質問する機会をいただき、すべて解消されました。
- ☐ 本治療を自らの意思により受けることに同意します。

署 名

上記の説明内容を十分に理解し、本治療を受けることに同意します。

患者様ご本人署名（自筆）

署名：

署名日： 年 月 日

※ 患者様が未成年（18歳未満）の場合は、保護者の方の署名が必要です。

保護者署名（未成年の場合のみ）

署名：

続柄：

【担当者記入欄】（院内使用）

説明担当者署名		説明日時	
施術担当医師署名		資格	医師