

# PRP(多血小板血漿)療法を希望される方へ(見本)

記入日: 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

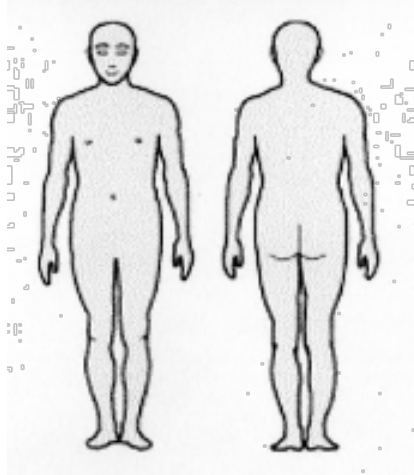
ふりがな

お名前: \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日: 大・昭・平 年 月 日( 才)

住所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ ( ) 緊急連絡先: \_\_\_\_\_ ( )

※当院は、個人情報を診療目的の範囲内で業務遂行上必要な限りにおいて、利用します。



1) 痛む部位はどこですか \_\_\_\_\_

左の図に○や印をつけて下さい。

2) いつ頃から? \_\_\_\_\_

3) 症状は? \_\_\_\_\_

4) アレルギー体質ですか? なし あり  
喘息・鼻炎・アトピー・花粉症・食物・その他(\_\_\_\_\_)

5) 注射や薬を飲んで気分が悪くなったり、発疹が出たりしたことは  
ありますか? なし あり 薬剤名(\_\_\_\_\_)

6) 以前に大きなけがや病気で入院したり、手術を受けたことがありますか? なし あり

病名(①\_\_\_\_\_②\_\_\_\_\_)

病院名(①\_\_\_\_\_②\_\_\_\_\_)・時期(①\_\_\_\_\_②\_\_\_\_\_才頃)

7) 現在治療中の病気はありますか? なし あり

高血圧症・糖尿病・心臓病・喘息・胃潰瘍・緑内障・甲状腺疾患・婦人科疾患

その他病名(\_\_\_\_\_)薬名(\_\_\_\_\_)

8) 妊娠していますか? あるいは妊娠の疑いがありますか? なし あり (\_\_\_\_ヶ月)

9) スポーツをされている方はお答え下さい。

○スポーツ種目(①\_\_\_\_\_②\_\_\_\_\_)競技期間(①\_\_\_\_\_②\_\_\_\_\_才~)

○競技レベル(体育・部活動・スポーツ少年団・大学体育会・サークル・実業団・地域スポーツ

・アスレチッククラブ・リクリエーション・他:\_\_\_\_\_)

○過去のスポーツ歴は? 種目(①\_\_\_\_\_②\_\_\_\_\_)競技期間(①\_\_\_\_~\_\_\_\_才②\_\_\_\_~\_\_\_\_才)

10) 以下の質問に○×で答えて下さい。

この治療についての説明書を読み、ある程度理解しています	
インフォームド・コンセントを受け理解し、治療を受けたいと考えている	
重篤な全身性または局所性の病気に罹患していません	
癌などの悪性疾患に罹患していません	
抗癌剤もしくは免疫抑制剤を使用していません	
何らかの感染症を有していません	
発熱(38.5℃以上)していません	
薬剤過敏症の既往歴はありません	
20歳未満だが、ご本人と保護者(代諾者)双方が本治療について十分に理解した上で、是非治療を受けたいと強く希望している	