

PRP(多血小板血漿)療法を希望される方へ

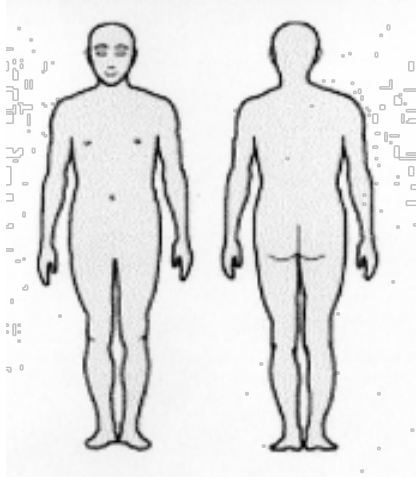
記入日: 令和__年__月__日

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	



医療法人

なこそ整形外科クリニック