

整形再生医療・問診票

お名前： _____

ID： _____

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

再生医療を安全に受けるために以下の質問へのご回答をお願いいたします。

番号	質問内容	回答	
1	以下の疾患にかかっている 病名：悪性腫瘍、血小板機能異常症、重篤な血小板減少症、血行動態不安定、敗血症、感染症	はい	いいえ
2	痛み止め（NSAIDs）を服用している。 お薬の名称：	はい	いいえ
3	ステロイド剤を服用している	はい	いいえ
4	1か月以内にステロイド注射液の関節内投与を受けている。	はい	いいえ
5	薬剤（造影剤含む）アレルギーがある。 お薬の名称：	はい	いいえ
6	2週間以内にワクチン接種を受けた（受ける予定がある）。 接種（予定）日：	はい	いいえ
7	喫煙している	はい	いいえ
8	発熱や体調不良がある	はい	いいえ

スタッフ確認事項

・NSAIDsの服用（あり・なし）

⇒セレコックスを除くNSAIDsは採血日および治療日の2日前より休薬

・ステロイド剤の服用（あり・なし）

⇒内服・外用剤は採血および治療日の2週間前より休薬、関節注射は1か月前より休薬

中止薬剤（ _____ ）

服用中止日（ _____ ）

クラーク確認事項

① リドカインテープ（要・不要） *ひざの場合

② 感染症オーダー（要・不要）

③ 治療薬（PRP 1回・3回・APS・PFC-FD）

④ 注射部位（ひざ・股）（右・左・左右）

確認者： _____

社会医療法人寿会

富永病院