

PRP を希望される患者様へ

該当する箇所に○をつけ、記入をお願い致します。

膝の痛み等に関してお伺いします

1. 膝の痛みはどのくらい前からありますか？また、『変形性膝関節症』と診断されていますか？

約 _____ヶ月前～ 約 _____年前～ その他【 _____ 】
() 変形性膝関節症と診断されている () 診断されていない

2. 今まで膝の治療を受けたことがありますか？

() ある () 無い

3. 2. で「ある」と回答された方へ伺います。治療内容に○をつけ、治療期間を教えてください。【複数回答可】

() ヒアルロン酸の注射をした _____回くらい注射した _____年くらい通院加療した
() リハビリテーションに通院した _____ヶ月 _____年くらい通院した
() ステロイド注射
() 痛み止めの内服治療
() 外用薬貼用
() ロコアテープの貼用

4. 靴に入れる中敷き（足底板）を作成したことはありますか？

() ある () 無い

5. 過去に「人工関節の手術適応があります」と言われたことがありますか？

() ある () 無い

6. 本日の受診は、どちらかの医療機関からの紹介ですか？それはどちらの医療機関ですか？

() はい 医療機関名： _____ () いいえ

7. 当院のホームページをご覧になりましたか？

() はい () いいえ

ご回答、ありがとうございました

医療法人 KOSSMOS 会
剣持整形外科