

PRP療法を希望される患者さまへ

氏名 _____

該当する箇所に☑をお願いいたします。

1. PRP療法を希望される部位はどちらですか？

膝	右	左	肘	右	左	手関節	右	左
アキレス腱	右	左	腱板	右	左	足	右	左
その他【 _____ 】								

2. PRP療法を希望される部位の痛みはどのくらい前からありますか？

約 _____ ヶ月前から 約 _____ 年前から その他【 _____ 】

3. 今までPRP療法を希望される部位の治療を受けたことがありますか？

有る 無い

4. 3.で「有る」と回答された方へ伺います。治療内容を教えて下さい。【複数回答可】

ヒアルロン酸の注射	リハビリテーションで通院
ステロイド注射	痛み止めの内服治療
足底板の作成	手術【手術内容： _____ 】
外用薬の貼付	その他【 _____ 】

5. 該当される項目がありますか？【複数回答可】 ※PRPの適応除外項目

PRP療法を希望される部位の周囲の皮膚が、かぶれ等皮膚疾患がある
悪性新生物（がん）などの治療中である
自己免疫疾患の治療中である（ステロイド剤内服中など）
該当なし

5.で伺った症状（適応除外項目）に該当する場合、PRP療法をお受け出来ない場合がございます。

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