

PRP療法（第3種）実施前 チェックリスト

記載年月日

年 月

日

ID:	氏名:	様	年齢:	歳
-----	-----	---	-----	---

適応疾患	(第3種) スポーツ外傷を含む筋、腱、靭帯損傷 上腕骨外側上顆炎(テニス肘)、上腕骨内側上顆炎(ゴルフ肘)、膝蓋腱炎、アキレス腱周囲炎、足底腱膜炎等		
選択基準	スポーツ外傷、事故および加齢に伴う機能障害患者である	Yes	No
	保険適応の標準治療を施しても改善が見られない疾患である	Yes	No
	患者が再建手術や修復手術による組織修復を希望しない	Yes	No
	外来通院が可能である	Yes	No
	16歳以上であり、この治療について十分説明を受け、その内容を理解し、同意した者	Yes	No
	未成年者は、代諾者が同意した者	Yes	No
除外基準	がんと診断されていますか	Yes	No
	活動性の炎症を有していますか	Yes	No
	現在、ステロイド治療を受けていますか	Yes	No
	B型肝炎、C型肝炎、HIV、HTLV-1陽性であるもの	Yes	No
	血小板数(×10/μL)が9.9以下もしくは40以上である者	Yes	No
	1ヶ月以内に本治療を受けたことがありますか	Yes	No
	重篤な合併症(心疾患、肺疾患、肝疾患、腎疾患、出血傾向、コントロール不良な糖尿病および高血圧症など)を有していますか	Yes	No
	薬剤過敏症の既往歴を有していますか	Yes	No
	その他、担当する医師が不適合と判断した者	Yes	No

今までにかかった病気 治療中の病気	
使用中の薬 ※お薬手帳をご提示ください	※薬の内容によっては治療に影響する場合がありますので全ての薬をお書きください
アレルギーの有無	なし あり(薬) (食べ物)

患者署名 _____

代諾者署名 _____

医師署名 _____