

変形性関節症に対する再生医療や体外衝撃波治療希望者の問診票 記入日 ()年 ()月 ()日

: 氏名 :: ()歳 身長(cm)体重(kg) 必須

下線部分に文字を入れたり○をつけたりしてください

・部位はどこですか？:膝関節・股関節・足関節・肘関節・手関節・その他() 左右:右・左・両方
・いつから痛みがありますか？()年前から()カ月前から()日前から

本日の来院目的を教えてください: 体外衝撃波の相談・

再生医療の相談(PRP療法・APS療法・幹細胞治療)

今までの検査歴があれば教えてください: 無・レントゲン検査のみ・MRI精査・その他()

通院歴があれば教えてください: 整骨院や治療院・医院クリニック・手術ができる病院・その他
()

どこで検査や治療を受けましたか？: 医療機関の名称を教えてください: (名称)

その部位に関する質問です

今まで手術を勧められたことはありますか(はい・いいえ)

今までの治療歴を教えてください(複数可): 検査のみ・投薬・リハビリテーション・ヒアルロン酸注射・
手術(関節鏡視下手術・骨切り手術・人工関節置換術)・体外衝撃波治療・PRP療法・PRP-FD療法・
APS療法・幹細胞治療・幹細胞上澄液(エクソソーム)・その他()

骨粗鬆症の有無を教えてください: 有り(治療中 投薬・注射・放置)・無・不明

1回の治療における予算を教えてください(再生医療はすべて自費診療です)

: 1万まで・10万まで・10万～20万・30万～50万・90万～100万・100万以上 150万まで・いくらでも
術前・術後のアンケートなどの協力の可否 : (可・否)

術後の衝撃波やリハビリの通院の可否 : (可・否)

人工関節置換術などの手術に関する希望: (手術は絶対したくない・手術はしたいが時期的に体力的にできない・最終的に手術になってもしょうがないと思っている)

手術以外のどの治療を受けたいですか？或いは興味がありますか？(複数可): リハビリテーション・ヒアルロン酸・体外衝撃波・PRP療法・APS療法・幹細胞治療・その他()

再生医療に希望することは何ですか？(1つだけ選んで下さい)

: 痛みの改善 ・軟骨の再生・骨の変形の改善・変形の予防(将来への備え)

当院の再生医療を知ったきっかけや紹介者がいれば教えてください: ホームページ・SNS

・紹介者(様)

ご記入ご協力ありがとうございました。