

PRP療法（第2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2種) 変形性膝関節症		
選択基準	成人で判断能力があり、PRP療法について十分説明を受け、その内容を理解し同意したもの	Yes	No
	臨床検査(血液検査)の結果、総合的に判断して重篤な機能不全の所見が見られない者	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
	(APSの場合) 1か月以内にPRP療法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	

患者署名 _____

代諾者署名 _____

医師署名 _____

2019.11.12 作成