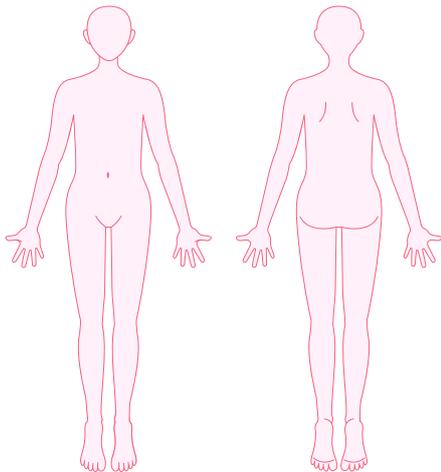




## 症状のある部位に○をつけてください



身長：

cm

体重：

kg

## 現在の主な症状や、お困りのことはなんですか？

- 痛い  しびれる  動きにくい  腫れている  
 何かできている  つっぱる  ケガ  やけど  
 その他 ( )

## 症状はいつからありますか？

約 ( ) 日・週間・ヶ月・年 前から

## 症状の出たきっかけはなんですか？

- いつの間にか  転倒  落ちた  ぶつけた  ひねった  
 スポーツ  はさんだ  交通事故  仕事中  
 その他 ( )

## 今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

 いいえ  はい ( 医療機関名： )

## 過去に病気等で治療や手術を受けていますか？

 いいえ  はい ( 内容： )

## 現在、飲んでいるお薬はありますか？

 ない  ある ( お薬の名前： )

## 現在、治療中の病気はありますか？

 ない  ある ( 病名： )

## 喫煙・飲酒について教えてください

煙草は  吸わない  吸う ( 本/日 × 年間 )  禁煙した ( 年前から、以前は 本/日 × 年間 )  
 お酒は  飲まない  飲む ( 頻度： 週1~2回・週3回・ほぼ毎日 / 種類・量： )

## 薬・食物のアレルギーはありますか？

 ない  ある ( アレルギーの内容： )

## 家族に特定の病気がある方はいらっしゃいますか？

 いない  いる ( 病名： ) ( 続柄： )

## 運動習慣はありますか？

 ない  ある ( 内容： ) ( 頻度： )

## 女性の方 現在、妊娠中または授乳中ですか？

 いいえ  はい ( 妊娠中・妊娠の可能性あり・授乳中 )

## 幹細胞治療に関心を持った理由はなんですか？

## 過去に幹細胞治療を受けたことがありますか？

 ない  ある ( 治療内容： )  
( 結果： )

## 特に気になる点や質問があればご記入ください