

【幹細胞問診票】			20 年 月 日	
カナ		性別	生年月日(西暦)	ID(スタッフが記入致します)
氏名		男・女	年 月 日	
	身長	: c m	体重	: k g
※ 幹細胞治療は安全を最優先にして行うため、下記に該当する方はお受けいただくことができない可能性あります。				
①感染症 (HIV、梅毒) ②がん(悪性腫瘍) の診断を受けたことがある方 ③透析治療を受けている方 ④妊娠中または可能性のある方 ⑤ペニシリン、ストレプトマイシン、アムホテリシンBへのアレルギー反応を起こしたことがある方 <input type="checkbox"/> いずれも該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり ()				
感染症	あてはまるところにチェックを付けて下さい。 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎			
現在通院中の疾患	あてはまるところにチェックを付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞などの心疾患 <input type="checkbox"/> ペースメーカー留置 <input type="checkbox"/> 脳梗塞などの脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他かかりつけの病気:			
疾患過去の歴	・病気の詳細： ・入院歴(時期・期間)： ・手術歴(時期・内容)：			
服用薬	内服薬 : 有 ・ 無 (詳細:) サプリメント: 有 ・ 無 (詳細:) ※薬剤情報をご持参ください。			
アレルギー	有 ・ 無 ※有りの方は以下詳細をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 消毒液 (アルコール・ヨード) <input type="checkbox"/> 麻酔薬 (詳細:) <input type="checkbox"/> 抗生物質 (詳細:) <input type="checkbox"/> 食物 (詳細:) <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他 (詳細:)			
質問がある場合はご記入ください。				