

【幹細胞問診票】			20 年 月 日
カナ		性別	生年月日(西暦)
氏名		男・女	年 月 日
	身長 : cm		体重 : kg
感染症	有 ・ 無 ※有りの方は以下詳細をご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒		
現在 通院 中の 疾患	あてはまる場所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"/> 脳梗塞などの脳血管疾患		
	<input type="checkbox"/> がん <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:)		
	その他 : 有 ・ 無 (詳細:)		
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。			