

プレカウンセリングシート

※太枠は必ずご記入ください。※プライバシーポリシーについてを読み、了承いたしました。

フリガナ		性別	生年月日(西暦)	ご職業
お名前		女・男	年 月 日生 [歳]	
フリガナ				
現住所	(〒 -) 都道 府県			
ご連絡先	携帯電話番号 ※基本的に携帯電話にご連絡させていただきます。			
	() -			
	自宅電話番号			
	() -			
メール	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> メール @			
ご連絡方法	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 自宅電話			

※カウンセリングの内容につきましては、サービスの向上の為、一部スタッフ間で共有されることがございます。

1. 既往歴・現病歴についてご記入ください。 貧血 高血圧 心臓病 糖尿病 肝臓病 腎臓病

(今までの手術経験)

(その他)

2. アレルギーについてご記入ください。 消毒 アルコール 麻酔 その他()

3. 現在服用中の薬はありますか? 【はい・いいえ】(薬品名:)

4. 喫煙/飲酒についてお聞かせください。 タバコ【 本/日】 お酒【 /週 回】

5. 身長・体重をご記入ください。 【 cm / kg 】

6. スポーツ歴についてお聞かせください。 種目: 年数:

7. 当院をお知りになられたきっかけを教えてください。

ホームページ 新聞折込 雑誌 ご紹介(ご紹介者様:) その他()

8. ご興味のある内容がございましたら、お聞かせください。

MRI画像診断 PRP-FD 培養幹細胞治療 PRP-FDと培養幹細胞治療の併用療法

9. カウンセリングでのご希望をお聞かせください。

費用や期間に関わらず、症状に合った最高の提案をして欲しい

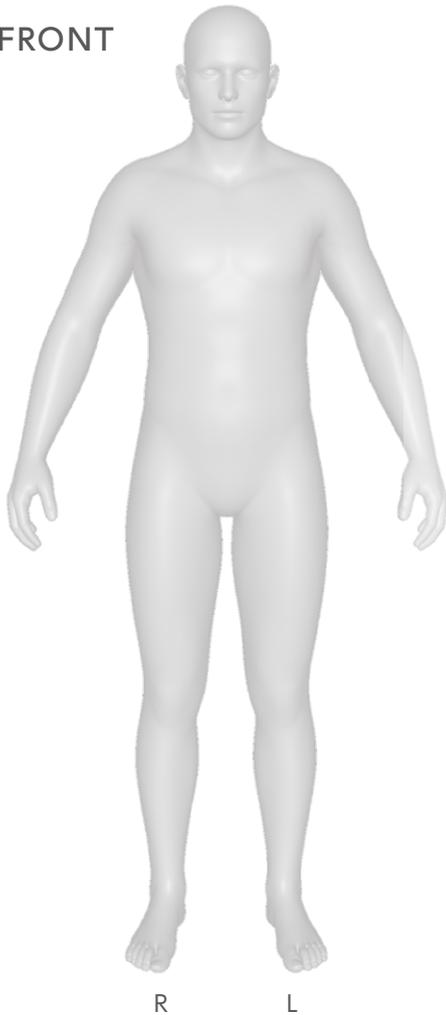
予算の範囲で、最も効果的な治療を提案して欲しい

プレカウンセリングシート2

痛みの箇所について

10. 現在、痛みで気になる部分に「×」をご記入ください

FRONT



BACK



11. いつから痛み出したか、今の痛みの程度など、自由にご記入ください。

- ◆再生医療や幹細胞をご存知でしたか？ (はい ・ いいえ)
- ◆PRP治療をご存知ですか？ (はい ・ いいえ)
- ◆現在、膝の痛みでどのくらいお困りですか？
(常に ・ 2~3日に1回 ・ 1週間に1回 ・ 1カ月に1回 ・ 困っていない)
- ◆再生医療のイメージを教えてください。
()

