

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 ($\times 10/\mu\text{L}$) が 9.9 以下もしくは 40 以上である者	Yes	No
	(APSの場合) 1ヶ月以内に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