



# 問診シート

必須	身長		cm
必須	体重		kg

1.過去にかかった大きな病気・感染症、受けた手術、現在治療中の病気があればお知らせ下さい。

**必須** 1-1.病歴について ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合は必須)

以下の病歴に当てはまる場合は、してください。

- 心臓病 (病名: \_\_\_\_\_ )  
前立腺肥大 脳梗塞 緑内障 糖尿病 高血圧

その他の病歴

①	病名・手術名			
	現在治療中ですか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	発症時期		年	月 日頃
	治療法			
②	病名・手術名			
	現在治療中ですか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	発症時期		年	月 日頃
	治療法			

**必須** 1-2.感染症について ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合:必須)

- B型肝炎  C型肝炎  梅毒  HIV  
 その他

**必須** 2.常用している薬はありますか? ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合:必須)

薬名	
----	--

**必須** 3.薬や食べ物にアレルギーはありますか? ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合:必須)

アレルギーを起こすもの	
-------------	--

**必須** 4.喘息はないですか? ある ない

**必須** 5.日常生活を支障なく送れていますか? はい いいえ

いいえの場合、以下にご記入ください。(いいえの場合:必須)

具体的に問題点を教えてください。	
------------------	--

**必須** 6.お酒は飲みますか? 飲む 飲まない

お酒を飲まれる場合、以下にご記入ください。(飲まれる方:必須)

何を	
一日どのくらいの量	
週に何日	週に 日

**必須** 7.煙草を吸いますか? 吸う 吸わない

煙草を吸われる場合、以下にご記入ください。(喫煙者の方:必須)

一日に吸う本数		本
喫煙期間		年

**女性 必須** 1.現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか?

- 妊娠中 (妊娠週数 週) 可能性あり なし

2.現在授乳中ですか? はい いいえ

## 北青山D.CLINIC 問診票（再生医療）

1. 当院では厚労省許認可のもと以下15疾患に対して自家脂肪由来間葉系幹細胞投与による再生医療を提供しています。現時点で検討されてる適用疾患はありますか？（複数回答可：必須）

- スポーツ・加齢による運動器障害**（スポーツによる肘、膝、肩、足、手、指、股関節の周囲の損傷・脊髄損傷・筋損傷・靭帯損傷・軟骨損傷・腱損傷・骨折後後遺症など。ロコモティブシンドローム、サルコペニア、フレイルなど。）
- 加齢による身体的生理的機能低下**（加齢に伴う老化が原因となる身体生理機能の低下及び障害、脳卒中、心血管障害などの動脈硬化を背景にした疾患群、活性酸素、フリーラジカルに対する抵抗力の低下、活性酸素、フリーラジカルによる酸化障害の増加、皮膚の光老化、骨量低下、サルコペニア、フレイルなど）
- 慢性疼痛**（変形性膝関節症、腰椎症、頸椎症、慢性疼痛症など）
- 動脈硬化症**（脳梗塞、心筋梗塞、閉塞性動脈硬化症、バジュー病など）
- 認知障害**（軽度認知機能障害、アルツハイマー病、レビー小体型認知症、血管性認知症など）
- 神経変性疾患**（筋萎縮性側索硬化症、脊髄性筋萎縮症、パーキンソン病、大脳皮質基底核変性症、重症筋無力症、多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症など）
- 慢性肺疾患**（特発性間質性肺炎、肺線維症、慢性閉塞性呼吸障害など）
- 心不全**（変慢性の心筋障害により労作時呼吸困難、息切れ、尿量減少、四肢の浮腫、肝腫大等日常生活に障害を生じた病態にある方など）
- 慢性腎臓病（CKD）**（IgA腎症、多発性嚢胞腎、ネフローゼ症候群などの慢性腎疾患など）
- 肝機能障害**（肝硬変、肝線維症、慢性肝炎など）
- 炎症性腸疾患**（潰瘍性大腸炎、クローン病 小腸型、クローン病大腸型、クローン病小腸大腸型、腸管ペーチェット等）
- 動脈瘤**（脳動脈瘤、腹部大動脈瘤、胸・部大動脈瘤など）
- 糖尿病**（糖尿病と診断され、既存治療（保存的治療、手術的治療）で症状の改善が不十分な方。）
- 不妊症**（原発性卵巣機能不全、多嚢胞性卵巣不全、卵管閉塞、子宮内膜症、アッシャーマン症候群など）
- 脱毛症**（男性型脱毛症、女性型脱毛症）
- 現時点では分からない**

2. 具体的な疾患名、症状などがあればお知らせください。

3. 当院の再生医療についてご質問、ご希望があればお書きください。