**弘前大学医学部附属病院整形外科**

**PRP専門外来　（金曜　13 : 30〜14：30）予約フォーム**

**外来予約支援部門　　 Tel: 0172-39-5464、Fax: 0172-39-5338**

**患者氏名：　　　　　　　 年齢：　　 歳　 性別：　( 男・女 )**

**生年月日：　西暦　　年 月　　日　　　電話番号：**

**疾患名：**

**主訴：　（　　膝痛　・　肘痛　・　その他（　　　　　　　）　）**

**既往歴：**

**現病歴：上記症状に対して約（　　　　年　　　　ヶ月　　　　）前から**

**保存的に加療した。患者様が、貴院でのPRP療法を希望しております。**

**患者様希望日　　第１希望　　　/　 （金）13:30-14:30**

**第２希望　　　/　 （金）13:30-14:30**

**第３希望　　　/　 （金）13:30-14:30**

予約日が決まりましたら、貴院へ電話連絡いたしますので、患者様への連絡お願いいたします。

**★関節内治療と関節外治療では治療費が異なります。**

**★適応に関しては、初回診察時に当科で評価いたします。**

貴院でのX線、MRI画像および採血データ等あれば、ご本人に持たせていただけますと幸いです。

弘前大学医学部附属病院　外来支援部門（整形外科PRP専門外来）