

# プラセンタ療法についてのご説明

プラセンタ療法とは、ヒト胎盤より様々な有効成分（細胞増殖因子・サイトカインなど）を抽出した医療用医薬品を筋肉注射や点滴注射することにより、新生細胞の合成や老化した細胞の廃棄と再生細胞（組織）を修復・再生して細胞レベルでの若返りと修復を行います。また、自然治癒力・免疫能力を高めたり、過敏になった免疫細胞を制御したり、免疫システム全体のバランスを調整・回復します。

## ★次のような病気や症状の時に使われます

慢性疲労・肩こり・滋養強壮・アンチエイジング（抗老化）・若返り目的  
のぼせ・冷え性・イライラ感・不眠・頭痛・疲労・腰痛など

## ★次のような副作用があります

注射部位の疼痛・発赤や悪寒・発熱・発疹等が起こることがあります。  
その場合には、医師にお申し出ください。

## ★ウイルスや細菌等に対する安全性

使用する医薬品は、胎盤1つずつについて核酸増幅検査を実施してB型肝炎・C型肝炎・エイズ等が陰性であることが確認された安全な胎盤を原料としています。

さらに製造の最終段階に高圧蒸気滅菌をしており、ウイルス・細菌の感染防止対策を行っています。

これまで本剤によるウイルス感染の発生報告は受けておりません。

## ★クロイツフェルト・ヤコブ病（vCJD）等に対する安全性

vCJDの感染を防ぐため、胎盤を提供してくださる方に対して牛海綿状脳症（BSE）が流行した英仏への海外渡航歴について問診を実施しています。問診の結果、問題のある方の胎盤は原料として使用しておりません。さらに製造工程におきまして、塩酸による高熱の加水分解を実施しています。これによりホルモンおよびタンパク質は分解されています。

これまでプラセンタ療法によると思われるvCJDの感染報告はありません。しかしながら、理論的なvCJD等の伝播の危険性を完全には否定できません。

このため、ヒト胎盤由来医薬品の使用者は献血を控えることが求められています。

## 同意書

この度プラセンタ製剤による治療を受けるにあたり、その内容について了解しましたので治療に同意いたします。

同意日 年 月 日

フリガナ 明・大  
お名前 生年月日 昭・平 年 月 日

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

ご記入頂いた事項は診療のみに使用いたします。

いぜき内科クリニック

## 「簡略更年期指数 (SMI)」 自己チェック表

記入日 令和 年 月 日

### 簡略更年期指数 (SMI)

症状の程度に応じて、自分で○をつけてから点数を入れ、その合計点をもとにチェックします。

どれか1つの症状でも強くであれば「強」に、○をして下さい。

症 状	強	中	弱	無	点数
①顔がほてる	10	6	3	0	
②汗をかきやすい	10	6	3	0	
③腰や手足が冷えやすい	14	9	5	0	
④息切れ、動悸がする	12	8	4	0	
⑤寝つきが悪い、または眠りが浅い	14	9	5	0	
⑥怒りやすく、すぐイライラする	12	8	4	0	
⑦くよくよしたり、憂うつになることがある	7	5	3	0	
⑧頭痛、めまい、吐き気がよくある	7	5	3	0	
⑨疲れやすい	7	4	2	0	
⑩肩こり、腰痛、手足の痛みがある	7	5	3	0	
	合 計 点				

### 更年期指数の自己採点の評価法

0～ 25 点・・・上手に更年期を過ごしています。これまでの生活態度を続けて良いでしょう。

26～50 点・・・食事、運動などに注意をはらい、生活様式などにも無理をしないようにしましょう。

51～65 点・・・医師の診察を受け、生活指導、カウンセリング、薬物療法を受けた方が良いでしょう。

66～80 点・・・長期間（半年以上）の計画的な治療が必要でしょう。

81～100 点・・・各科の精密検査を受け、更年期障害のみである場合は、専門医で長期の計画的な対応が必要でしょう。

# プラセンタ療法問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_

〒

住所 \_\_\_\_\_

明・大

生年月日 昭・平 年 月 日 電話番号 ー ー

① 本日はどちらを希望されますか？

ビタミン注射 ・ プラセンタ療法 ・ にんにく注射

② 現在どのような症状で注射治療を希望されますか？

- |                                    |                                |                               |                              |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 慢性疲労・眼精疲労 | <input type="checkbox"/> 肩こり   | <input type="checkbox"/> 腰痛   | <input type="checkbox"/> のぼせ |
| <input type="checkbox"/> 二日酔いしやすい  | <input type="checkbox"/> 冷え性   | <input type="checkbox"/> 不眠   | <input type="checkbox"/> 頭痛  |
| <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい  | <input type="checkbox"/> イライラ感 | <input type="checkbox"/> 生理不順 | <input type="checkbox"/> 美肌  |
| <input type="checkbox"/> やる気・意欲減退  |                                |                               |                              |

その他： \_\_\_\_\_

③ その症状はいつからですか？

約 年 ヶ月前から

④ 現在、治療中の病気や服用中の薬はありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の場合→ 医療機関名（ \_\_\_\_\_ ）

いつ頃から治療されていますか？ 約 年 ヶ月前から

⑤ これまで他の医療機関でビタミン注射・プラセンタ療法を受けられたことがありますか？

はい ・ いいえ

⑥ アレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の場合は何のアレルギーかお書き下さい。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ご記入頂いた事項は診療のみに使用いたします。

いぜき内科クリニック