

診察申込書 (骨粗鬆症外来)

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	明・大・昭・平	年齢
氏名		男・女	年 月 日生	歳
自宅住所		電話	() -	
		携帯	() -	

身長	cm	体重	Kg
以前に骨折したことがありますか？		はい ・ いいえ	
両親に大腿骨骨折をした方はおられますか？		はい ・ いいえ	
たばこを吸いますか？		<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた <input type="checkbox"/> 吸わない たばこを吸う方は一日に何本吸いますか？ () 本/日	
ステロイド薬を服用していますか？		はい ・ いいえ	
関節リウマチはありますか？		はい ・ いいえ	
今までに手術を受けたことや、 大きな病気にかかったことはありますか？		はい ・ いいえ 病名 []	
アルコールは飲みますか？		<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> たまに飲む <input type="checkbox"/> 毎日飲む お酒の種類は？ <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> ウイスキー (その他) 一回の飲酒量 ()	
サプリメントを飲んでいますか？		はい ・ いいえ サプリメントの名前 []	
骨粗しょう症の薬を内服していますか？		はい ・ いいえ	
現在腰痛や背部痛などの症状がありますか？		はい ・ いいえ	
女性の方にお聞きします。閉経していますか？		はい ・ いいえ 閉経したのはいつですか？ () 歳頃	