診察申込書（骨粗鬆症外来）　記入日

ID

フリガナ		性別	明・大・昭・平・令	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？	□ 吸う　□ 過去に吸っていた　□ 吸わない
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 （　　）
骨粗鬆症に関連する病気がありますか？	はい　・　いいえ □ 成人の骨形成不全　□ 1型糖尿病　□ 性機能低下症 □ 未治療の甲状腺機能亢進症　□ 45歳未満の早期閉経 □ 慢性栄養失調域または慢性肝疾患
今までにがんと診断され治療をおこなったことがありますか？	はい　・　いいえ 治療方法 （　　）
アルコールは飲みますか？	□ 飲まない　□ たまに飲む　□ 毎日飲む お酒の1回量は　□ 285mlグラスビール3杯以上 □ 120mlグラスワイン3杯以上
サプリメントを飲んでますか？	はい　・　いいえ サプリメントの名前 （　　）
骨粗鬆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