

ID:

問診票 (骨粗しょう症専用) FRAX:

ふりがな: 氏名 :	身長: _____ cm	体重: _____ kg
骨粗しょう症外来を受診された理由を教えてください。(複数回答可)		
<input type="checkbox"/> 20代の頃と比べて背が縮んだ。または、最近背が縮んだ <input type="checkbox"/> 最近背中が丸くなった <input type="checkbox"/> 複数の持病がある <input type="checkbox"/> 家族に骨粗しょう症と診断された人がいる <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症が気になる <input type="checkbox"/> 以前、骨粗しょう症と診断された <input type="checkbox"/> 背中や腰が痛い <input type="checkbox"/> その他(_____)		
現在、通院・治療中の病気はありますか。		
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> その他: _____		
過去に治療または手術された病気はありますか。		
<input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他: _____		
過去に転倒されたことがありますか。	下記の嗜好品はありますか。	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> あり → いつ頃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> タバコ・お酒・コーヒー	
食欲はありますか。	食事で気にしていることはありますか。	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> あまり食べない <input type="checkbox"/> 偏食傾向	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: _____	
運動や散歩はされますか。		
<input type="checkbox"/> はい → 頻度: _____ 内容: _____ <input type="checkbox"/> いいえ		
薬で副作用がでたことがありますか。		
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬名: _____ 症状: _____)		
閉経していますか。*女性の方のみお答えください。	出産経験はありますか。	
<input type="checkbox"/> はい (_____ 歳頃) <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: _____ 人	
当院または骨粗しょう症外来をどちらでお知りになりましたか。		
<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 病院の紹介 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> その他(_____)		

ご記入ありがとうございました。

スキャン: 済・未