

骨密度測定 問診票

記入日 年 月 日

生年月日: 年 月 日(満 歳)

お名前:

意味が分かりにくい場合はお近くのスタッフにおたずねください。

現在の身長と体重を教えてください。

身長 : _____ cm 体重 : _____ kg

今までで一番背が高かった時の身長。一番重かった時の体重を教えてください。

最高身長 : _____ cm(_____ 歳頃) 最高体重 : _____ kg(_____ 歳頃)

女性の方にお聞きします

1. 初潮はいつでしたか () 歳
2. 閉経はされていますか はい() 歳 ・ いいえ
3. いままでの妊娠回数 () 回 (流産・中絶を含みます)
4. いままでの出産回数 () 回

骨折歴について教えてください

1. 50歳を過ぎて骨折したことがありますか あり ・ なし ・ 不明
2. ご両親が大腿骨近位(ふとももの付根)を骨折された事がありますか あり ・ なし ・ 不明
3. 骨粗鬆症による骨折をしたことがありますか あり ・ なし ・ 不明
4. 3で『ある』と答えた方 骨折した場所はどこですか
背骨 ・ ふとももの付根 ・ 手首 ・ 肩 ・ その他()

いまわかっている、今までにかかったことのある病気に『○』を付けて下さい。

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|---------|------------|------------|
| 1. 肺の病気 | 2. 心臓の病気 | 3. 高血圧 | 4. リウマチ | 6. 糖尿病 | 7. 血液の病気 |
| 8. 腎臓の病気 | 9. 肝臓の病気 | 10. 脳卒中 | 11. 認知症 | 12. パーキンソン | 13. ホルモン異常 |
| 14. 甲状腺の病気・手術(服薬 あり・なし) | 15. 副甲状腺の病気・手術(服薬 あり・なし) | 16. 乳腺の病気・手術(服薬 あり・なし) | | | |
| 17. 胃の病気・手術(服薬 あり・なし) | 18. 卵巣の病気・手術(服薬 あり・なし) | 19. 子宮の病気・手術(服薬 あり・なし) | | | |
| 20. がん(部位: _____) | | | | | |

いま飲んでいる・過去に飲んでいた薬について教えてください。※覚えられている範囲で結構です

骨粗鬆症の薬	A: 飲んでいない B: 飲んでいる()年間 C: 飲んでいた()年前~()年前まで
骨粗鬆症の薬の種類	A: 錠剤(ビスフォスフォネート・ビタミンD・SERM) B: 注射(1年に1回・半年に1回・毎月・毎週・毎日)
ホルモンの薬	A: 飲んでいない B: 飲んでいる()年間 C: 飲んでいた()年前~()年前まで
ステロイド	A: 飲んでいない B: 飲んでいる()年間 C: 飲んでいた()年前~()年前まで
乳癌の薬	A: 飲んでいない B: 飲んでいる()年間 C: 飲んでいた()年前~()年前まで
前立腺の薬	A: 飲んでいない B: 飲んでいる()年間 C: 飲んでいた()年前~()年前まで
うつ薬	A: 飲んでいない B: 飲んでいる()年間 C: 飲んでいた()年前~()年前まで
睡眠薬	A: 飲んでいない B: 飲んでいる()年間 C: 飲んでいた()年前~()年前まで
血液をサラサラにする薬	A: 飲んでいない B: 飲んでいる()年間 C: 飲んでいた()年前~()年前まで
飲酒	A: 飲まない B: 飲んでいる(ビール グラス3杯未満/日) C: 飲んでいる(グラスビール3杯以上/日)
喫煙	A: 吸わない B: 吸っている()年間 C: 吸っていた()年前~()年前まで

お答え頂いた内容データは集計して、骨粗鬆症診療の向上の為に使用されることがあります。(お名前・生年月日などの個人情報情報は除かれます)。データを使用することをご承諾頂けますでしょうか。

データを使用することを 承諾する

承諾しない

以上です。ありがとうございました。

病院記入欄	
病院名	
診療科	
医師名	
患者ID	

