

# 骨粗鬆症問診票

年 月 日 くらんど整形外科

お名前： \_\_\_\_\_

性別： 男性・女性

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

年齢： \_\_\_\_\_

(1) 今までに骨折をしたことはありますか？ (はい・いいえ)

(2) (1)ではいと答えた方で、どのような骨折をしましたか？

大腿骨・背骨・手首・骨盤・その他 ( \_\_\_\_\_ )

(3) 閉経は迎えられましたか？ (はい・いいえ)

(4) 婦人科の手術で卵巣を摘出されておりますか？ (はい・いいえ)

(5) (4)ではいと答えられた方で、手術はいつ頃なさいましたか？

病名： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_

(6) 悪性腫瘍の診断および手術を受けられましたか？ (はい・いいえ)

(7) (6)ではいと答えられた方で、具体的な病名と診断手術の時期はいつです

か？病名： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_

(8) 他院で骨粗鬆症の治療を受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

(9) (8)ではいと答えられた方で、どのような治療を受けましたか？

薬剤名： \_\_\_\_\_ 期間： \_\_\_\_\_

(10) 現在、歯の治療をなされていますか？ (はい・いいえ)

(11) その他の既往症はありますか？ ( \_\_\_\_\_ )

問診は以上になります。わかる範囲で結構です。

ご協力ありがとうございました。