

骨粗鬆症問診票

ふりがな		性別	住所	〒
名前		男・女		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年齢	電話	自宅 ()
		歳		携帯電話 ()

- (1) 今までに骨折をしたことはありますか？
 ①はい ②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) 女性の方で、閉経は迎えられましたか？
 ①はい ②いいえ
- (4) 女性の方で、手術にて卵巣を摘出されておりますか？
 ①はい ②いいえ
- (5) (4)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 : _____
- (6) 悪性腫瘍の診断および手術を受けられましたか？
 ①はい ②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？
 ①はい ②いいえ
- (9) (8)で「はい」と答えられた方で、どのような治療をどのくらいの期間受けましたか？
 薬剤名 : _____ 期間 : _____
- (10) 現在、歯の治療をなされていますか？
 ①はい ②いいえ
- (11) その他の既往症はありますか？

- (12) 当クリニックを知ったきっかけを教えてください。
 ホームページ ・ フェイスブックなどのSNS ・ 電柱広告
 紹介 (家族 ・ 友人 ・ 知人 ・ 他院)

くらんど整形外科