

骨粗鬆症専門外来診療申込書

年 月 日

フリガナ		体重 kg	性別
氏名		身長 cm	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	歳	
住所	〒 - -		
勤務先	自宅電話番号		- -
	携帯番号		- -
	電話番号		- -

現在、骨粗鬆症の治療を受けていますか？または、過去に受けたことがありますか？
はい・いいえ

以前骨折したことがありますか？ ご両親に足の付け根の骨折歴がありますか？
はい・いいえ はい・いいえ

現在喫煙していますか？
はい・いいえ

アルコールを毎日多く摂取していますか？(285mlビール3杯以上 120mlワイン3杯以上)
はい・いいえ

現在かかっている病気、またはかかったことのある病気はありますか？
(○をつけて下さい。通院中の病院があれば、病院名の記載もお願いします)

1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心臓の病気 4. 腎臓の病気 5. 肝臓の病気
6. リウマチ・膠原病 7. 甲状腺・副甲状腺の病気(手術) 8. 子宮・卵巣の病気(手術)
9. 乳腺の病気(手術) 10. 骨形成不全症 11. 性機能低下症 12. その他

放射線の治療を受けたことがありますか？ 近日中に抜歯やインプラントの予定はありますか？
はい・いいえ はい・いいえ

閉経は何歳くらいですか？ ※女性のみ
() 歳くらい
はい・いいえ

食事は朝・昼・夕 摂れていますか？
はい・いいえ
また、バランスはとれていますか？ ○をつけて下さい
とれている・まあまあとれている・あまりとれていない

普段の1日の平均睡眠時間は何時間くらいですか？
() 時間くらい

普段軽い運動はされていますか？
はい・いいえ

普段の生活で転んでしまうことはありますか？
はい・いいえ

普段の生活でストレスを感じることはありますか？
はい・いいえ

FRAX %

☆お薬手帳をお持ちの方は
看護師にお渡しください