

# 骨粗鬆症 問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
お名前	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
ご住所 〒 -		
電話番号 自宅 ( )	携帯 ( )	
ご家族の連絡先(緊急時)お名前 ( ) 続柄 ( )		
電話番号 ( )		

1.体重 ( kg) 身長 ( cm :若い頃と比較し 変わらない/縮んだ cm)	
2.骨折をしたことがありますか はい → いつ・部位 ( ) / いいえ	
3.ご両親やご兄弟が足の付け根(股関節)の骨折をしたことがありますか はい / いいえ	
4.現在喫煙していますか はい / いいえ	
5.現在ステロイドの経口投与を受けていますか。はい / いいえ あるいは過去に3ヶ月以上のステロイド、その他の経口投与を受けたことがありますか	
6.関節リウマチと診断されていますか はい / いいえ	
7.現在治療中、あるいはかかったことのある病気やけがはありますか はい / いいえ はい の方 以下に内容を記入してください 例：50歳から高血圧 (○×クリニック通院中)	
8.飲酒をしていますか はい / いいえ はいの方： ビール(5度) : コップ(285ml) 3杯以上ですか はい / いいえ 日本酒(15度) : 1.5合(270ml) 以上ですか はい / いいえ ウィスキー(40度) : シングル3杯(90ml) 以上ですか はい / いいえ その他 ( )	
9.骨粗鬆症治療を現在または過去していたことがありますか いいえ / はい (治療内容： 時期： )	
10.女性の方へ 現在妊娠中/授乳中ですか いいえ / 妊娠中 / 授乳中	
11.女性の方へ 閉経していますか いいえ / はい ( 歳頃)	
12.定期的に行なっている運動はありますか いいえ / はい (内容： 程度： )	
13.体内にペースメーカーや金属は入っていますか いいえ / はい (どこに： )	
14.現在、歯の治療は行なっていますか いいえ / はい (内容： )	
15.要支援・要介護度区分 無/有(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)	

◎当クリニックは、診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の活用にご協力お願いいたします。

◆医療情報取得加算 初診時：1点 再診時(3月に1回)：1点