

骨量検査問診票

令和 年 月 日

フリガナ		明治・大正	年 月 日
お名前		昭和・平成	年 月 日
住所	〒 -		
電話番号	携帯	自宅	

1、骨粗鬆症の検査を受けたことがありますか？

ない ある

2、骨粗鬆症の治療を受けたことがありますか？

ない ある 薬剤名 _____

3、過去に骨折(手、足、肋骨、背骨など)をしたことがありますか？

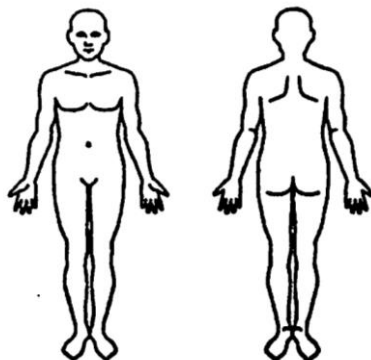
ない ある

① _____ 歳頃 部位 _____
② _____ 歳頃 部位 _____
③ _____ 歳頃 部位 _____

4、今までで一番高かった時の身長はいくつですか？

身長: _____ cm

5、痛いところがあれば下の図に○印をつけてください。



6、下記の薬剤で、過去や現在に使用したことのあるものがありますか？

ステロイド薬 抗リウマチ薬 抗がん剤 ホルモン薬
 その他 _____

7、アルコールを飲みますか？

ほとんど飲まない 週に1~2回
 週に3~6回 ほぼ毎日飲む

8、タバコを吸いますか？

以前から吸わない 現在は吸わない
 吸う (1日1~15本) 吸う (1日20本以上)

※裏面のご記入もお願い致します

9、これまでに入院、手術をしたことがありますか？

- ① _____ 歳頃 病名 _____
② _____ 歳頃 病名 _____
③ _____ 歳頃 病名 _____

10、当院のことをどこで知りましたか？

- ホームページをみて 家族・友人のご紹介 路上広告
 病院検索サイト その他(_____)

11～15の質問は、女性の方のみご記入ください。

11、初経(月経開始)はいつですか？

_____ 歳頃

12、生理が終わった(閉経)は何歳ですか？

_____ 歳頃

13、妊娠と出産、それぞれの回数を教えてください。

- ない ある 妊娠 _____ 回 出産 _____ 回

14、授乳の経験はありますか？

- ない ある _____ 回 合計 _____ カ月

15、女性ホルモン剤の治療を受けたことがありますか？

- ない ある 使用目的: _____

※骨量検査の注意点

以下の項目に該当される患者様は当院スタッフまでお知らせください。

- ① 妊娠中または妊娠の可能性のある方
② 腰部または大腿骨頸部に体内金属がある方
③ X線造影剤やバリウムを使用した検査を1か月以内にされた方

16、健診結果や他院からの紹介状はありますか？

- はい いいえ ※お持ちの方はスタッフにお渡しください。

17、マイナ保険証の方へ

病院の診療情報及び薬剤情報等の取得に同意しますか？ はい いいえ

- ご記入ありがとうございました。なお、ご記入いただいた個人情報は診療目的以外に使用いたしません。ご希望・ご質問がございましたらスタッフにお尋ねください。

当院は診療情報を取得・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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)
加算1⇒6点(マイナ保険証の利用をしなかった場合) 加算2⇒2点(マイナ保険証を利用した場合)