

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 ()		
身長 (cm)	体重 (kg)	

- 骨折をしたことがありますか 無 / 有 いつ・部位()
- ご両親が足の付け根(股関節)の骨折をしたことがありますか 無 / 有
- 現在喫煙していますか 無 / 有
- 現在ステロイドの経口投与を受けていますか。 無 / 有
あるいは過去に3ヶ月以上のプレドニン、その他の経口投与を受けたことがありますか
- 関節リウマチと診断されていますか 無 / 有
- 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 無 / 有
()
- 飲酒をしていますか 無 / 有
ありの方: 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
ウイスキー(40度) :シングル3杯(90ml)以上ですか はい いいえ
その他 ()
- 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
無 / 有 (治療内容: 時期:)
- 女性の方へ現在妊娠中/授乳中ですか 無 /
- 要支援・要介護度区分 (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