

お名前

年齢

才

※下記の間診にお答えください。

1. 症状と原因・時期を具体的に御記入下さい

1) 症状 痛い・しびれる・だるい・切った

背が縮んだ・背中が丸くなった

その他()

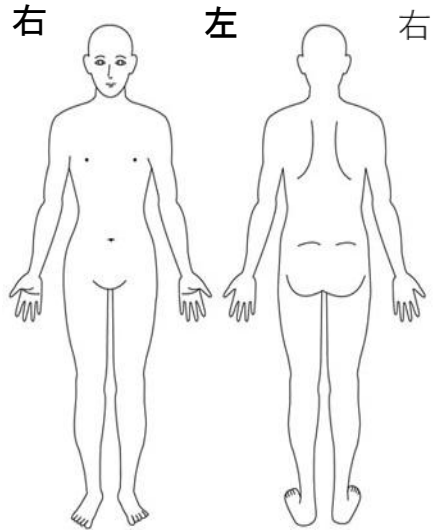
2) いつからですか?(月 日 頃)

3) 原因 ころんだ・ひねった・スポーツ

交通事故・特になく、段々と

その他()

症状のある場所に○をつけて下さい



2. 現在と過去の病気を○で囲って下さい

あり 高血圧症 脳疾患 心臓病 甲状腺 骨粗鬆症 糖尿病 婦人科疾患

・ その他の病気や骨折など()

なし

3. 薬や注射で副作用をおこしたり、湿布にかぶれた事がありますか？

ある() ・ なし

4. アレルギーはありますか？

喘息 ・ 食物 ・ その他 () ・ なし

5. 骨粗鬆症検査を希望しますか？

はい ・ いいえ

6. 女性の方のみ必ず御記入下さい

1) 現在妊娠又は妊娠している可能性はありますか？ はい(妊娠 ヶ月) ・ いいえ

2) 閉経しましたか？ はい (才) ・ いいえ

女性50才～方のみ御記入下さい

1) 身長 cm ・ 体重 kg

2) 現在喫煙していますか？ はい ・ いいえ

3) 毎日アルコール(グラスビールやワイン3杯以上)を飲んでいませんか？ はい ・ いいえ

4) 両親で股関節(脚の付け根)の骨折をした方はいますか？ はい ・ いいえ