

電話番号 ( )

## 令和2年度 骨粗しょう症検診票

生年月日		
	(年度末年齢)	
検診日		
受付No.		
説明者		
検診結果	YAM値	%
	同年齢比	%
	判定:	

※スタッフ記入欄

以下の質問について、あてはまるものに「○」または必要事項をご記入のうえ、検診時にお持ちください。

- 1) 骨粗しょう症の治療をしていますか？ 1. はい 2. いいえ
- 2) 現在の体重・身長をご記入ください。  
( ) kg  
( ) cm ※20歳頃の身長: ( ) cm
- 3) 20歳以降、骨折・骨のヒビなどの既往がありますか？(交通事故による骨折は除く)  
1. ない  
2. ある → 部位は (1)腕 (2)手の指 (3)足 (4)その他 ( )
- 4) 両親に大腿骨近位部(足の付け根)の骨折歴がありますか？  
1. ない 2. ある
- 5) 現在タバコは吸いますか？  
1. 吸わない 2. 吸う → 1日 ( ) 本 年数 ( ) 年
- 6) ステロイド薬を内服していますか？ 1. いいえ 2. はい
- 7) 関節リウマチにかかっていますか？ 1. いいえ 2. はい
- 8) 以下について、現在治療中、または過去に治療を受けた病気はありますか？  
1. 甲状腺 2. 副甲状腺 3. 腎臓病 4. 肝臓病 5. 胃腸病  
6. 糖尿病 7. 婦人科疾患 8. 貧血 9. その他 ( )
- 9) アルコールを毎日多く飲みますか？  
(350ml缶ビール2杯半以上 または 120mlグラスワイン3杯以上)  
1. 飲まない 2. 飲む

裏面へ続く