

骨粗鬆症 初診時質問票

骨粗鬆症診療に重要な以下□内の質問にお答えください

ID _____ お名前 _____ (男・女)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

若年時より身長は縮んでいますか？	いいえ・はい(若年時 _____ cm)	身長 _____ cm
現在腰痛や背部痛など症状がありますか？	いいえ・はい(部位: _____)	体重 _____ kg
成人後の骨折歴はありますか？ * 下記参照	いいえ・はい(いつ: _____ 部位: _____)	
両親が大腿骨(股関節)を骨折したことはありますか？ * 下記参照	いいえ・はい(いつ: _____ どのように: _____)	
現在たばこを1日に何本吸いますか？	いいえ・はい(_____ 本/日)	
ステロイド剤を3か月以上服用したことがありますか？	いいえ・はい	
関節リウマチと確定診断されたことはありますか？	いいえ・はい	
骨形成不全と診断されたことはありますか？	いいえ・はい	
極端なダイエットをしたことがありますか？	いいえ・はい	
長期間の入院加療をしたことがありますか？	いいえ・はい(いつ: _____ 病名 _____)	
閉経したのはいつですか？	_____ 歳	
卵巣や子宮疾患の治療を受けたことがありますか？	いいえ・はい(いつ: _____ 病名 _____)	手術: 有・無 ホルモン療法: 有・無
乳がんや前立腺がんの治療を受けたことがありますか？	いいえ・はい(いつ: _____ 病名 _____)	手術: 有・無 ホルモン療法: 有・無
甲状腺や副甲状腺など内分泌系の治療をしたことがありますか？	いいえ・はい(いつ: _____ 病名 _____)	
胃を切除したことがありますか？	いいえ・はい	
糖尿病と診断されたことはありますか？	いいえ・はい(一型・二型)	
慢性肝疾患と診断されたことはありますか？	いいえ・はい(病名 _____ 完治・治療中)	
アルコールを1日に何をどのくらい飲みますか？	いいえ・はい(ビール _____ 本・焼酎 _____ 杯・日本酒 _____ 杯)	
骨粗鬆症の検査を受けたことはありますか？	いいえ・はい(最終検査 _____ 年 _____ 月)	部位: _____ 結果BMD: _____
骨粗鬆症の治療をうけたことはありますか？	いいえ・はい(薬・注射)	薬品名: _____
サプリメントを内服していますか？	いいえ・はい(種類 _____)	

* 骨折歴→身長より低い高さからの転倒などによる骨折