

問診票



骨粗鬆症

		ID
ふりがな		男 ・ 女
お名前		
生年月日	西暦 年 月 日 （ 歳）	
ご住所	〒	
お電話番号		お支払い方法 ☐ 現金 ☐ クレジット ☐ 他

SEXA / DEXA / 血液検査 (希望の検査に○をつけてください)

1. 現在の身長と体重を記入して下さい

身長： cm 体重： kg

2. あてはまるものにチェックをしてください

☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 心疾患 ☐ ペースメーカー

☐ 脳疾患 ☐ アレルギー ☐ 妊娠 ☐ 授乳中

☐ 人工関節などの体内金属 ☐ その他()

3. 薬、食べもののアレルギーはありますか

なし・あり()

4. 現在服用中のお薬をお書きください（お薬手帳をお持ちの場合、コピーさせていただきます。）

なし・あり()

5. 利き腕はどちらですか

右 · 左

6. 過去に骨折したことがありますか

いいえ・はい

7. たばこを吸いますか

いいえ・はい

8. 飲酒の習慣はありますか

いいえ・はい

9. 嫌いな食べものがありますか

なし・あり ()

10. 現在、運動の習慣はありますか

いいえ・はい

内容: 1週間の運動時間: