

骨粗しょう症検診問診票

・受診者名： _____

・生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

・性別： 男 ・ 女 _____

・身長： _____ cm

・体重： _____ kg

●過去に骨折したことがありますか？ (はい ・ いいえ)

※「はい」と答えた方へ

1) 骨折部位はどこですか？

- ①股関節 (大腿骨) ②背骨 (脊椎) ③手首 (とう骨) ④肩 (上腕骨) ⑤骨盤
⑥その他 (_____)

2) 骨折した時の状況は以下のどれですか？

- ①思い当たることがない ②物を抱えた ③軽い打撲 ④立った高さからの転倒
⑤高いところから落ちた ⑥事故

●現在以下の症状がありますか？

- 1) 腰や背中が痛い
2) 腰や背中が曲がってきた
3) 身長が低くなった (_____ cm 位)

●月経について (※女性の方のみお答えください)

- 1) ほぼ順調
2) 時々しかない
3) 1年以上ない

●過去、現在の病気について教えてください

- | | | | |
|----------|-------------|-----------|------|
| 1) 腎臓病 | (①過去に治療をうけた | ②現在治療中である | ③なし) |
| 2) 甲状腺疾患 | (①過去に治療をうけた | ②現在治療中である | ③なし) |
| 3) 高血圧 | (①過去に治療をうけた | ②現在治療中である | ③なし) |
| 4) 糖尿病 | (①過去に治療をうけた | ②現在治療中である | ③なし) |
| 5) ガン | (①過去に治療をうけた | ②現在治療中である | ③なし) |

●これまでに以下の治療を受けたことがありますか？

- 1) 子宮、卵巣の摘出手術
2) 女性ホルモンもしくは男性ホルモンの阻害治療
3) ステロイドによる治療
4) 放射線治療

●ご家族の方で股関節（大腿骨）の骨折で手術を受けた方はおられますか？

(いる ・ いない)

●食事や嗜好品について

1) アルコールを飲みますか？

(毎日 ・ 週に数回 ・ ほとんど飲まない)

2) たばこは吸いますか？

(一日 本 ・ 以前は吸っていたが現在は吸わない ・ 以前から吸わない)

3) 次の食品をどのくらい摂りますか？

牛乳・乳製品 (毎日 ・ 週2, 3回 ・ ほとんど摂らない)

魚類 (毎日 ・ 週2, 3回 ・ ほとんど摂らない)

大豆製品 (毎日 ・ 週2, 3回 ・ ほとんど摂らない)

葉もの野菜 (毎日 ・ 週2, 3回 ・ ほとんど摂らない)

納豆 (毎日 ・ 週2, 3回 ・ ほとんど摂らない)

海藻 (毎日 ・ 週2, 3回 ・ ほとんど摂らない)

●屋外活動・運動について

1) 毎日外で日に当たっていますか？ (はい ・ いいえ)

2) 定期的に運動をしていますか？ (はい ・ いいえ)