**骨密度検査問診票　（別紙②）**

 　 M T S H

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：　　　年　　月　　日

検査予定日　：平成　 　年　　月　　日 時　　　分

★骨密度検査前の問診です。該当事項に○をつけて下さい。

1. 今まで骨折をしたことがありますか？　　　ある　　・　　なし

１の問いで“ ある ” と答えられた方のみご回答ください。

* 1. 骨折した場所はどこですか？

○ 腰椎　（第　　腰椎）

○ 股関節・大腿骨頚部　　（　右　・　左　）

○ 手関節（手首）　　　 （　右　・　左　）

○ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* 1. 手術を受け現在金属が入っていますか？　　　ある　　・　　なし
1. 現在、骨粗鬆症の治療をされていますか？　している　・　していない

（お薬名：　　　　　　　　　　　　　　　）

★問診は以上で終了です。

※　この用紙は検査当日、はりま病院受付にお渡しください。