

< 骨密度ドック問診票 >

ID

年

月

日

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

電話番号 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

住所（結果郵送先） \_\_\_\_\_

下記の項目について、当てはまるものに○をつけてください。

妊娠の可能性がある (※骨密度検査では少量の被爆があります)	はい・いいえ・わからない
腰椎・股関節の手術歴がある	はい・いいえ
乳癌の手術歴がある	はい・いいえ
透析で通院をしている	はい・いいえ
甲状腺・副甲状腺疾患の既往歴がある	はい・いいえ(病名: _____)

以下の注意事項をよくお読みください。

1. 骨密度ドックでは、医師の診察は行ないません。
2. 骨密度検査では少量の被爆があります。この検査による被爆線量により放射線障害が発生することはありません。(妊娠中の方は検査出来ません)

\*上記注意事項をご確認のうえ、宜しければご署名をお願い致します。

私は、上記注意事項を確認のうえ、骨密度ドックを受診することに同意します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ご署名 \_\_\_\_\_



医療法人社団 KNI

北原ライフサポートクリニック

KITAHARA LIFE SUPPORT CLINIC