

8、現在内服中の薬はありますか？

いいえ

はい → お薬手帳 あり → 本日持参なし

なし

薬剤名（ ） 病名（ ）

9、アレルギー体質といわれたことがありますか。

いいえ

はい → アトピー性皮膚炎 食物アレルギー 金属 ラテックス

その他（ ）

10、※女性の方へ

妊娠の可能性がありますか？

はい いいえ 妊娠中（ ）週

授乳中ですか？

はい いいえ

11、骨粗鬆症の検査を希望されますか？ ※女性 40 歳、男性 50 歳以上の方が対象です

はい いいえ

※「はい」にチェックされた方へ

骨粗鬆症の治療はされた事がありますか？

いいえ 他院にて現在治療中 他院にて過去に治療をしていた

12、当院をどのようにお知りになりましたか？

紹介（病院名 ） 知人より紹介

当院ホームページ インターネット

広告・看板 イオンタウン内で知った

その他（ ）

ご記入出来ましたら、受付にご提出下さい。ご協力ありがとうございました。