

# 高浜市骨粗しょう症検診票

|        |                                                                            |       |                                |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------|
| 住<br>所 | 高浜市                      町                      丁目                      番地 | 受診年月日 | 令和      年      月      日        |
|        |                                                                            | 生年月日  | 大   ・ 昭 ・ 平<br>年      月      日 |
|        |                                                                            | 性別・年齢 | 男   ・ 女                      歳 |
| 氏<br>名 |                                                                            | 電話番号  | —                              |
|        |                                                                            | 宛名番号  |                                |

## 問 診

|                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 今までに骨粗しょう症検診を受けたことがありますか    1ない    2ある（結果                      ）                                                                                                |
| 腰痛、背痛がありますか    1ない    2以前あった    3現在ある                                                                                                                           |
| 治療中又は治療を受けたことがある病気    1ない    2ある<br><br>(1)高血圧 (2)心臓病 (3)腎臓病 (4)糖尿病 (5)胃腸病 (6)甲状腺 (7)子宮腫瘍<br><br>(8)子宮筋腫 (9)卵巣 (10)骨折 (11)骨粗しょう症 (12)その他                      ) |
| 【女性へ質問します】<br><br>現在妊娠していますか、あるいはその可能性がありますか    1ない    2ある<br><br>生理は順調ですか    1順調    2不順    3閉経(年齢      歳)    4初経(年齢      歳)                                    |
| 1年以内に骨折したことがありますか    1ない    2ある                                                                                                                                 |

## ※医療機関記入(別紙にて下記項目が確認できる場合は記入不要)

|       |                                                                                                      |       |  |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| 検査方法  | DXA 検査    ・    エックス線検査    ・    CT 検査    ・    超音波検査                                                   |       |  |
| T スコア |                                                                                                      | Z スコア |  |
| 医師判定  | 異常なし                      ・                      要指導                      ・                      要精検 |       |  |

検診判定基準：T スコア    90%以上：異常なし、80%以上 90%未満：要指導、80%未満：要精検

|          |      |
|----------|------|
| 実施医療機関名： | 電算入力 |
|          |      |

## Phiếu khám sàng lọc loãng xương của thành phố Takahama

|         |                                    |
|---------|------------------------------------|
| Địa chỉ | Takahamashi chou choume<br>bannchi |
|         |                                    |
| Họ tên  |                                    |
|         |                                    |

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| Ngày khám                 | 令和 年 月 日           |
| Ngày sinh                 | 大 ・昭 ・ 平<br>年 月 日  |
| Giới tính ・ Tuổi          | Nam ・ Nữ ____ tuổi |
| Số điện thoại             | —                  |
| S ố h i ệ u<br>người nhận |                    |

# Phiếu hỏi bệnh

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bạn đã từng kiểm tra loãng xương trước đây chưa? 1 Chưa từng    2 Đã từng (Kết quả: _____)                                                                                                                                                                                                            |
| Bạn có đau lưng hoặc đau cột sống không?    1 Không    2. Đã từng    3 Hiện tại đang có                                                                                                                                                                                                               |
| Bạn có đang điều trị hoặc đã từng điều trị bệnh nào dưới đây không    1 Không    2 Có<br>(1) Huyết áp cao (2) Bệnh tim (3) Bệnh thận (4) Bệnh tiểu đường (5) Bệnh đường tiêu hóa (6)<br>Tuyến giáp (7) U tử cung (8) U xơ tử cung (9) Buồng trứng (10) Gãy xương (11) Loãng xương (12)<br>Khác: _____ |
| <b>【Dành cho nữ giới】</b><br>Bạn hiện đang mang thai hoặc có khả năng đang mang thai không?    1 Không    2 Có<br>Kinh nguyệt của bạn có đều không? 1 Đều    2. Không đều    3. Đã mãn kinh (Tuổi: __) 4 Kinh nguyệt<br>lần đầu (Tuổi: __)                                                            |
| Bạn đã bị gãy xương trong vòng 1 năm qua chưa?    1 Không    2. Có                                                                                                                                                                                                                                    |

※医療機関記入(別紙にて下記項目が確認できる場合は記入不要)

|       |                                  |       |  |
|-------|----------------------------------|-------|--|
| 検査方法  | DXA 検査 ・ エックス線検査 ・ CT 検査 ・ 超音波検査 |       |  |
| T スコア |                                  | Z スコア |  |
| 医師判定  | 異常なし ・ 要指導 ・ 要精検                 |       |  |

検診判定基準：Tスコア 90%以上：異常なし、80%以上90%未満：要指導、80%未満：要精検

|          |      |
|----------|------|
| 実施医療機関名： | 電算入力 |
|          |      |