

Formulário de exame de osteoporose da cidade de Takahama

※ Preencha os itens que estão dentro das bordas grossas.

Endereço: Takahama-shi				
()				
Nome: _____ (M・F)				
Nascimento:	Ano	Mês	Dia	(Idade)
Telefone:	-	-	-	

Marque ☒ em uma das opções		
Notificação de decisão de isenção	0 円	
Cidadãos da cidade de Takahama (com 40 anos ou mais neste ano fiscal)	1,000 円	

Altura	cm	Peso	kg	Preenchimento pela instituição médica (BMI)
Você já fez exame de osteoporose antes? 1. Não 2. Sim (Resultado:)				
Marque com ☒ as doenças para as quais você está em tratamento ou já recebeu tratamento. ☐ Hipertensão ☐ Doença cardíaca ☐ Doença renal ☐ Doença do fígado ☐ Doença pulmonar (como COPD/DPOC, asma, etc.) ☐ Diabetes ☐ Doença gastrointestinal ☐ Tireoide ☐ Doença ginecológica (tumor uterino, mioma uterino, doença do ovário, etc.) ☐ Artrite reumatoide ☐ Fratura (parte do corpo: Idade aprox.: anos) ☐ Dislipidemia ☐ Outros () ☐ Nenhuma das opções acima se aplica				
Entre seus parentes de sangue (pais ou irmãos), há alguém que teve osteoporose ou sofreu fratura? 1. Não 2. Sim				
【Somente mulheres devem responder】 Você está grávida atualmente ou existe a possibilidade de estar grávida? 1. Não 2. Sim Sua menstruação é regular? 1. Regular 2. Irregular 3. Menopausa (Idade: anos) 4. Menarca (Idade: anos)				
Por favor, informe a frequência com que consome os seguintes alimentos.	Alimentos ricos em cálcio (laticínios, produtos de soja, peixes pequenos, vegetais verdes e coloridos, etc.) 1. Quase todos os dias 2. Às vezes 3. Quase nunca			
	Alimentos ricos em vitamina D (como cogumelos, peixes, etc.) 1. Quase todos os dias 2. Às vezes 3. Quase nunca			
	Alimentos ricos em vitamina K (como vegetais verdes e coloridos, natto, algas, etc.) 1. Quase todos os dias 2. Às vezes 3. Quase nunca			
Você fuma atualmente? 1. Sim (cigarros por dia: /desde os anos) 2. Não 3. Fumava				
Você consome bebidas alcoólicas? 1. Sim (Frequência: , Tipo: , Quantidade por dia de consumo em dias que bebe:) 2. Não				
Você consome bebidas com cafeína em grande quantidade? ※Para café, mais de 5 xícaras de 150mL cada. 1. Sim 2. Não				
Você pratica exercícios físicos pelo menos 3 dias por semana (30 minutos por vez)? 1. Sim 2. Não				

※Campo a ser preenchido pela instituição médica (não é necessário preencher caso os itens abaixo possam ser confirmados em um documento anexo).

Método de exame	Densitometria óssea ・ Exame de raios-X ・ Tomografia computadorizada ・ Exame de ultrassom				
Local de medição	Coluna lombar ・ Fêmur ・ Rádio ・ Calcâneo ・ Segundo metacarpo ・ Outros ()				
T-score	%	Z-score	%	Avaliação do médico	Sem anormalidades ・ Necessita de orientação médica ・ Necessita de exame minucioso

Sem anormalidades : T-score 90% ou mais

Necessita de orientação médica : T-score 80% ou mais e menos de 90% ou 90% ou mais com fatores de risco para osteoporose

Necessita de exame minucioso : T-score inferior a 80%

Data de realização		Nome da instituição médica	
--------------------	--	----------------------------	--