

高浜市骨粗しょう症検診票

Giấy khám loãng xương - Thành phố Takahama

※ Vui lòng điền vào phần trong khung in đậm

Địa chỉ

Takahamashi

chou

choume

bannchi

(

)

Họ tên

Ông(bà)

(Nam・Nữ)

Ngày sinh

T・S

Năm

tháng

ngày

(

tuổi)

SDT

-

-

下記のいずれかひとつに☑		
免除決定通知書	0 円	
高浜市民(年度 40 歳以上)	1,000 円	

Chiều cao	cm	Cân nặng	kg	医療機関記入(BMI	)
Bạn đã từng khám loãng xương chưa? 1.Chưa 2.Đã từng (Kết quả:)					
Hãy đánh dấu☑ vào các bệnh bạn đang điều trị hoặc đã từng điều trị: ☐ Cao huyết áp ☐ Bệnh tim ☐ Bệnh thận ☐ Bệnh gan ☐ Bệnh phổi (COPD, hen suyễn...) ☐ Tiểu đường ☐ Bệnh dạ dày – ruột ☐ Tuyến giáp ☐ Bệnh phụ khoa (u tử cung, u xơ tử cung, bệnh buồng trứng...) ☐ Viêm khớp dạng thấp ☐ Gãy xương (vị trí: ..., khoảng ... tuổi) ☐ Rối loạn mỡ máu ☐ Khác () ☐ Không có bệnh nào					
Trong gia đình (bố mẹ, anh chị em ruột) có ai bị loãng xương hoặc gãy xương không? 1.Không 2.Có					
【Chỉ dành cho nữ】 Hiện tại bạn có đang mang thai hoặc có khả năng mang thai không? 1.Không 2.Có Kinh nguyệt có đều không? 1.Đều 2.Không đều 3.Mãn kinh (tuổi) 4.Có kinh lần đầu (tuổi)					
Tần suất ăn các thực phẩm sau:		Thực phẩm giàu canxi (sữa, đậu nành, cá nhỏ, rau xanh...) 1.Gần như mỗi ngày 2. Thỉnh thoảng 3. Hầu như không ăn			
		Thực phẩm giàu vitamin D (nấm, cá...) 1. Gần như mỗi ngày 2.Thỉnh thoảng 3.Hầu như không ăn			
		Thực phẩm giàu vitamin K (rau xanh, natto, rong biển...) 1. Gần như mỗi ngày 2 Thỉnh thoảng 3. Hầu như không ăn			
Hiện tại bạn có hút thuốc không? 1. Có (điều/ngày, từ tuổi) 2.Không 3. Trước đây có hút					
Bạn có uống rượu không? 1. Có (tần suất: , loại: , lượng mỗi ngày:) 2.Không					
Bạn có uống nhiều đồ uống chứa caffeine không? (Ví dụ: cà phê từ 150ml × 5 ly trở lên) 1.Có 2.Không					
Bạn có tập thể dục ít nhất 3 ngày/tuần (mỗi lần 30 phút) không? 1.Có 2.Không					

※ 医療機関記入欄(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				
測定部位	腰椎 ・ 大腿骨 ・ 橈骨 ・ 踵骨 ・ 第二中手骨 ・ その他()				
T スコア	%	Z スコア	%	医師判定	異常なし ・ 要指導 ・ 要精検

異常なし：T スコア 90%以上
要 指 導：T スコア 80%以上 90%未満または T スコア 90%以上のうち骨粗鬆症の危険因子のある者
要 精 検：T スコア 80%未満：要精検

実施日		実施医療機関	
-----	--	--------	--

