

経皮的椎体形成術 問診票

フリガナ		性別		年齢
患者氏名		男	女	歳
返信先氏名(患者本人宛でない場合のみご記入ください)				
返信住所	〒()			
電話番号				

<p>➤ どこが痛みますか？</p>
<p>➤ いつ頃から痛いですか？</p>
<p>➤ 痛みのきっかけ(原因)となる出来事がありましたか？</p>
<p>➤ 圧迫骨折と診断されていますか？ (はい ・ いいえ) 「はい」の方は、いつ頃診断されましたか？</p>
<p>➤ かかりつけ医はいますか？(病院名を教えてください)</p>
<p>➤ 高血圧・糖尿病・心臓病・リウマチはありますか？</p> <p>高血圧 (有 ・ 無)</p> <p>糖尿病 (有 ・ 無)</p> <p>心臓病 (有 ・ 無)</p> <p>リウマチ (有 ・ 無)</p>