**以下御記入の上、043-224-5124にFAXしてください。**

**レントゲン検査による早期変形性膝関節症のスクリーニング（登録時確認表）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　20　年　　月　　日

住所

電話　　　(　　　)　　　　　　FAX ( 　 )

　メールアドレス　　　　　　　@

**該当するものに☑をしてください。**

* 年齢

□40-44歳　　□45-49歳　　□50-54歳　　□55-59歳

* この3か月の間に膝の痛みが原因で医療機関を受診していますか。
* いいえ　　　□はい
* これまでに膝についてリウマチなどの疾患と診断を受けたことがありますか
* 特にない　　□ある
* これまでに膝のけがや痛みにより膝の手術を受けたことがありますか
* ない　　　□ある
* これまでに膝のけがや痛みにより膝のギプス固定を受けたことがありますか
* ない　　　□ある
* 妊娠している可能性がありますか
* ない　　　□ある
* 千葉大学附属病院の診察券をお持ちですか。
* 持っている　登録番号　　　　　　　　　　□持っていない

お持ちでない場合には生年月日をご記入下さい。

　昭和　　年　　月　　日生まれ

実際に御来院頂くのは水曜あるいは木曜の17時です。

参加ご希望の日を御記入下さい。（2週間以上先の日程でお願いします。）

第一希望　　　月　　　日（水・木）

第一希望　　　月　　　日（水・木）

参加資格を満たす場合に、ご案内の書類を送付させて頂きます。