

# 【二次性骨折予防連絡票】

記載日 年 月 日

当院では「二次性骨折予防継続管理料」を算定しております。  
転院後も治療を継続していくにあたり、下記項目について記載をお願い致します。

病 院 名 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 年 月 日

診 断 名

手 術 日 年 月 日 術式 ( )

検 査 骨密度検査 (実施日 年 月 日)

YAM値 腰椎 %

股関節 %

骨代謝マーカー ( )

診 断  骨粗鬆症  重症骨粗鬆症 (骨折の危険性の高い骨粗鬆症)

骨粗鬆症治療薬

有 ( )

無

その他