

骨粗鬆症連携情報提供書

総合守谷第一病院

先生ご机下

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	性別	男	・	女	職業
患者住所	電話番号				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳)

傷病名  
骨粗鬆症 ( 現在治療中 骨粗鬆症疑い)

紹介目的  
治療導入要否検討お願いします  
治療変更要否検討お願いします

既往歴および家族歴

症状経過および治療経過  
ステロイド内服歴 糖尿病 CKD がんの既往  
その他特記事項

現在の処方

<input type="checkbox"/> ビタミン D3 製剤	(成分名：エルデカルシトール・アルファカルシトール)		
<input type="checkbox"/> SERM	(成分名：ラロキシフェン・バゼドキシフェン)		
<input type="checkbox"/> ビタミン K 製剤	(成分名：メナテトレノン)		
<input type="checkbox"/> 経口 BP 剤	(成分名：アレンドロン酸・リセドロロン酸・ミノドロロン酸)	年	月開始
<input type="checkbox"/> 注射 BP 製剤	(成分名： )	年	月開始
<input type="checkbox"/> PTH 製剤	(成分名：テリパラチド連日・テリパラチド酢酸塩週 1or 週 2)	年	月開始
	(成分名：アバロパラチド酢酸塩連日)	年	月開始
<input type="checkbox"/> 抗 RANKL 抗体製剤	(製品名：プラリア )		
<input type="checkbox"/> 抗スクレロステチン抗体製剤	(製品名：イベニティ )		

<input type="checkbox"/> 最短日	<input type="checkbox"/> いつでも可能
------------------------------	---------------------------------