維持期施設宛

先生　御机下

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

フリガナ：　　　　　　　　　　　　　(ID ： )

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　性別：□男性　　　□女性

患者住所：

電話番号：

生年月日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

病名　　１．□　大腿骨頚部骨折（□　右　　□　左　）

　　　　２．□　大腿骨転子部骨折（□　右　　□　左　）

紹介目的

大腿骨近位部骨折に対し、手術と骨粗鬆症に対する評価・加療を行いました。  
2022年4月の診療報酬改正にあたり回復期病院は入院あたり１回750点、維持期施設においては受傷後1年以内に限り月一回500点の診療報酬を算定可能です（ただし、施設登録が必要です）。

維持期施設の先生におかれましては、**１年以降も**治療を継続していただきますようお願い致します。

１．上記疾患に対して手術（□ 骨接合術　　□ 人工骨頭置換術

□ 全人工股関節置換術　　□ その他（　　　　　　 　 ）を行いました。

受傷日：　　年　　月　　日

手術日：　　年　　月　　日

実施施設：

２. 二次性骨折予防継続管理料1を算定しました。

　　□ 二次性骨折予防継続管理料２を算定しました。

　　□ 二次性骨折予防継続管理料3を算定しました。

引き続き、骨粗鬆症に関する評価、治療の継続をお願い申し上げます。