

骨粗鬆症学会認定医 症例報告用紙(更新用) No. 1

_____年 ____月 ____日

申請者氏名 _____ 会員番号 _____

施設名 _____ 認定医番号 _____

基本領域学会の専門医または認定医

- 日本整形外科学会専門医
- 日本内科学会認定内科医または総合内科専門医
- 日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医
- その他基本領域学会の専門医/認定医等 (学会名: _____)

医療施設名: _____	
診療録番号: _____	患者イニシャル: 姓(____)名(____) 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年齢: _____ 歳	身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ kg/m ²
椎体骨折数: _____ 個	大腿骨近位部骨折 既往 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他の骨折 既往: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	家族歴: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
病型: <input type="checkbox"/> 原発性骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 続発性骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他の疾患 病型詳細: _____	
併存疾患: _____	骨粗鬆症診療開始年齢: _____ 歳
食事指導: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____)	
運動指導: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____)	
薬物治療: <input type="checkbox"/> カルシウム剤 <input type="checkbox"/> 活性型ビタミンD <input type="checkbox"/> メナテトロン	
<input type="checkbox"/> ビスホスホネート <input type="checkbox"/> 抗RANKL抗体 <input type="checkbox"/> PTH製剤	
<input type="checkbox"/> 抗スクレロスチン抗体 <input type="checkbox"/> その他(_____)	

患者の特徴・診断・治療の根拠・治療経過等(3行を超える記載をお願いします)

医療施設名: _____	
診療録番号: _____	患者イニシャル: 姓(____)名(____) 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年齢: _____ 歳	身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ kg/m ²
椎体骨折数: _____ 個	大腿骨近位部骨折 既往 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他の骨折 既往: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	家族歴: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
病型: <input type="checkbox"/> 原発性骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 続発性骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他の疾患 病型詳細: _____	
併存疾患: _____	骨粗鬆症診療開始年齢: _____ 歳
食事指導: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____)	
運動指導: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____)	
薬物治療: <input type="checkbox"/> カルシウム剤 <input type="checkbox"/> 活性型ビタミンD <input type="checkbox"/> メナテトロン	
<input type="checkbox"/> ビスホスホネート <input type="checkbox"/> 抗RANKL抗体 <input type="checkbox"/> PTH製剤	
<input type="checkbox"/> 抗スクレロスチン抗体 <input type="checkbox"/> その他(_____)	

患者の特徴・診断・治療の根拠・治療経過等(3行を超える記載をお願いします)

骨粗鬆症学会認定医 症例報告用紙(更新用) No. 2

医療施設名: _____
 診療録番号: _____ 患者イニシャル: 姓(____)名(____) 性別: 男 女
 年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ kg/m²
 椎体骨折数: _____ 個 大腿骨近位部骨折 既往 あり なし
 その他の骨折 既往: あり なし 家族歴: あり なし
 病型: 原発性骨粗鬆症 続発性骨粗鬆症 その他の疾患 病型詳細: _____
 併存疾患: _____ 骨粗鬆症診療開始年齢: _____ 歳
 食事指導: なし あり (内容: _____)
 運動指導: なし あり (内容: _____)
 薬物治療: カルシウム剤 活性型ビタミンD メナテトレノン
ビスホスホネート 抗RANKL抗体 PTH製剤
抗スクレロスチン抗体 その他(____)

患者の特徴・診断・治療の根拠・治療経過等(3行を超える記載をお願いします)

医療施設名: _____
 診療録番号: _____ 患者イニシャル: 姓(____)名(____) 性別: 男 女
 年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ kg/m²
 椎体骨折数: _____ 個 大腿骨近位部骨折 既往 あり なし
 その他の骨折 既往: あり なし 家族歴: あり なし
 病型: 原発性骨粗鬆症 続発性骨粗鬆症 その他の疾患 病型詳細: _____
 併存疾患: _____ 骨粗鬆症診療開始年齢: _____ 歳
 食事指導: なし あり (内容: _____)
 運動指導: なし あり (内容: _____)
 薬物治療: カルシウム剤 活性型ビタミンD メナテトレノン
ビスホスホネート 抗RANKL抗体 PTH製剤
抗スクレロスチン抗体 その他(____)

患者の特徴・診断・治療の根拠・治療経過等(3行を超える記載をお願いします)

医療施設名: _____
 診療録番号: _____ 患者イニシャル: 姓(____)名(____) 性別: 男 女
 年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ kg/m²
 椎体骨折数: _____ 個 大腿骨近位部骨折 既往 あり なし
 その他の骨折 既往: あり なし 家族歴: あり なし
 病型: 原発性骨粗鬆症 続発性骨粗鬆症 その他の疾患 病型詳細: _____
 併存疾患: _____ 骨粗鬆症診療開始年齢: _____ 歳
 食事指導: なし あり (内容: _____)
 運動指導: なし あり (内容: _____)
 薬物治療: カルシウム剤 活性型ビタミンD メナテトレノン
ビスホスホネート 抗RANKL抗体 PTH製剤
抗スクレロスチン抗体 その他(____)

患者の特徴・診断・治療の根拠・治療経過等(3行を超える記載をお願いします)

骨粗鬆症学会認定医 症例報告用紙(更新用) No. 3

医療施設名: _____
 診療録番号: _____ 患者イニシャル: 姓(____)名(____) 性別: 男 女
 年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ kg/m²
 椎体骨折数: _____ 個 大腿骨近位部骨折 既往 あり なし
 その他の骨折 既往: あり なし 家族歴: あり なし
 病型: 原発性骨粗鬆症 続発性骨粗鬆症 その他の疾患 病型詳細: _____
 併存疾患: _____ 骨粗鬆症診療開始年齢: _____ 歳
 食事指導: なし あり (内容: _____)
 運動指導: なし あり (内容: _____)
 薬物治療: カルシウム剤 活性型ビタミンD メナテトレノン
 ビスホスホネート 抗RANKL抗体 PTH製剤
 抗スクレロスチン抗体 その他(_____)

患者の特徴・診断・治療の根拠・治療経過等(3行を超える記載をお願いします)

医療施設名: _____
 診療録番号: _____ 患者イニシャル: 姓(____)名(____) 性別: 男 女
 年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ kg/m²
 椎体骨折数: _____ 個 大腿骨近位部骨折 既往 あり なし
 その他の骨折 既往: あり なし 家族歴: あり なし
 病型: 原発性骨粗鬆症 続発性骨粗鬆症 その他の疾患 病型詳細: _____
 併存疾患: _____ 骨粗鬆症診療開始年齢: _____ 歳
 食事指導: なし あり (内容: _____)
 運動指導: なし あり (内容: _____)
 薬物治療: カルシウム剤 活性型ビタミンD メナテトレノン
 ビスホスホネート 抗RANKL抗体 PTH製剤
 抗スクレロスチン抗体 その他(_____)

患者の特徴・診断・治療の根拠・治療経過等(3行を超える記載をお願いします)

医療施設名: _____
 診療録番号: _____ 患者イニシャル: 姓(____)名(____) 性別: 男 女
 年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ kg/m²
 椎体骨折数: _____ 個 大腿骨近位部骨折 既往 あり なし
 その他の骨折 既往: あり なし 家族歴: あり なし
 病型: 原発性骨粗鬆症 続発性骨粗鬆症 その他の疾患 病型詳細: _____
 併存疾患: _____ 骨粗鬆症診療開始年齢: _____ 歳
 食事指導: なし あり (内容: _____)
 運動指導: なし あり (内容: _____)
 薬物治療: カルシウム剤 活性型ビタミンD メナテトレノン
 ビスホスホネート 抗RANKL抗体 PTH製剤
 抗スクレロスチン抗体 その他(_____)

患者の特徴・診断・治療の根拠・治療経過等(3行を超える記載をお願いします)

骨粗鬆症学会認定医 症例報告用紙(更新用) No. 4

医療施設名: _____
 診療録番号: _____ 患者イニシャル: 姓(_____)名(_____) 性別: 男 女
 年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ kg/m²
 椎体骨折数: _____ 個 大腿骨近位部骨折 既往 あり なし
 その他の骨折 既往: あり なし 家族歴: あり なし
 病型: 原発性骨粗鬆症 続発性骨粗鬆症 その他の疾患 病型詳細: _____
 併存疾患: _____ 骨粗鬆症診療開始年齢: _____ 歳
 食事指導: なし あり (内容: _____)
 運動指導: なし あり (内容: _____)
 薬物治療: カルシウム剤 活性型ビタミンD メナテトロン
ビスホスホネート 抗RANKL抗体 PTH製剤
抗スクレロスチン抗体 その他(_____)

患者の特徴・診断・治療の根拠・治療経過等(3行を超える記載をお願いします)

医療施設名: _____
 診療録番号: _____ 患者イニシャル: 姓(_____)名(_____) 性別: 男 女
 年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ kg/m²
 椎体骨折数: _____ 個 大腿骨近位部骨折 既往 あり なし
 その他の骨折 既往: あり なし 家族歴: あり なし
 病型: 原発性骨粗鬆症 続発性骨粗鬆症 その他の疾患 病型詳細: _____
 併存疾患: _____ 骨粗鬆症診療開始年齢: _____ 歳
 食事指導: なし あり (内容: _____)
 運動指導: なし あり (内容: _____)
 薬物治療: カルシウム剤 活性型ビタミンD メナテトロン
ビスホスホネート 抗RANKL抗体 PTH製剤
抗スクレロスチン抗体 その他(_____)

患者の特徴・診断・治療の根拠・治療経過等(3行を超える記載をお願いします)