

日本骨粗鬆症学会認定医認定申請のための

骨粗鬆症診療あるいは活動記録の概要

_____年__月__日

ふりがな	
氏名	
所属	

骨粗鬆症の臨床に関わる診療内容あるいは活動内容につき具体的に記載して下さい。(400字以内)

--

骨粗鬆症学会認定医認定申請のための臨床経過あるいは活動記録

症例報告用紙の記載要項

1. 審査の関係上、直筆ではなく必ずPDF上に直接入力で作成する。
2. 診断名は骨粗鬆症・骨系統疾患に関連する主たる疾患名のみで良い。
3. 10 症例（外来含む）の骨粗鬆症診療にかかわる臨床経過あるいは活動記録の要約を記載する。
4. 各症例ごとに別表に示す疾患カテゴリーのうち、一番相応しいと思われる①～⑯のカテゴリー番号1つを選択し記載する。全10症例で3つ以上のカテゴリーを含むこと。
5. 施設規定により患者 ID 番号が記載できない場合は、後日確認出来る形で対応可能な番号付けを行う事。
6. 「病歴、診断、治療および活動内容」と「考察」の分量は適時変更可能であるが、一症例につき 1 ページとする。

別表 疾患カテゴリー

カテゴリー番号

- | | | |
|------|--------------------------|---|
| I. | 原発性骨粗鬆症 | |
| | I-1. 閉経後骨粗鬆症 | ① |
| | I-2. 男性骨粗鬆症 | ② |
| | I-3. 妊娠後骨粗鬆症 | ③ |
| II. | 続発性骨粗鬆症 | |
| | II-1. 治療関連性骨粗鬆症 | |
| | II-1-1. ステロイド性骨粗鬆症 | ④ |
| | II-1-2. 性ホルモン低下療法に伴う骨粗鬆症 | ⑤ |
| | II-1-3. その他の薬剤に伴う骨粗鬆症 | ⑥ |
| | II-2. 疾患関連性骨粗鬆症 | |
| | II-2-1. 関節リウマチに伴う骨粗鬆症 | ⑦ |
| | II-2-2. 内分泌性疾患に伴う骨粗鬆症 | ⑧ |
| | II-2-3. 生活習慣病関連骨粗鬆症 | ⑨ |
| | II-2-4. 先天性疾患に伴う骨粗鬆症 | ⑩ |
| | II-3. 栄養障害に伴う骨粗鬆症 | ⑪ |
| | II-4. 不動に伴う骨粗鬆症 | ⑫ |
| | II-5. その他の原因による続発性骨粗鬆症 | ⑬ |
| III. | くる病・骨軟化症 | ⑭ |
| IV. | 骨系統疾患 | ⑮ |
| V. | 脆弱性骨折治療例 | ⑯ |

骨粗鬆症学会認定医認定申請のための臨床経過あるいは活動記録

症例報告用紙

申請者氏名: _____

病歴 No. 1	病院・施設名				
	診療科など				
担当期間	_____年____月 ~ _____年____月 or <input type="checkbox"/> 継続中				
患者 ID など		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
診断名	#1 _____ #2 _____ #3 _____				
	主要カテゴリー番号	<input type="radio"/>	別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号 ①～⑥の中から最も相応しい1つを選択し記載		
病歴、診断、 治療および 活動内容					
考察					

骨粗鬆症学会認定医認定申請のための臨床経過あるいは活動記録

症例報告用紙

申請者氏名: _____

病歴No. 2	病院・施設名				
	診療科など				
担当期間	_____年____月 ~ _____年____月 or <input type="checkbox"/> 継続中				
患者 ID など		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
診断名	#1 _____ #2 _____ #3 _____				
	主要カテゴリー番号	<input type="radio"/>	別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号 ①～⑥の中から最も相応しい1つを選択し記載		
病歴、診断、 治療および 活動内容					
考察					

骨粗鬆症学会認定医認定申請のための臨床経過あるいは活動記録

症例報告用紙

申請者氏名: _____

病歴No. 3	病院・施設名				
	診療科など				
担当期間	_____年____月 ~ _____年____月 or <input type="checkbox"/> 継続中				
患者 ID など		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
診断名	#1 _____ #2 _____ #3 _____				
	主要カテゴリー番号	<input type="radio"/>	別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号 ①～⑥の中から最も相応しい1つを選択し記載		
病歴、診断、 治療および 活動内容					
考察					

骨粗鬆症学会認定医認定申請のための臨床経過あるいは活動記録

症例報告用紙

申請者氏名: _____

病歴No. 4	病院・施設名				
	診療科など				
担当期間	_____年____月 ~ _____年____月 or <input type="checkbox"/> 継続中				
患者 ID など		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
診断名	#1 _____ #2 _____ #3 _____				
	主要カテゴリー番号	<input type="radio"/>	別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号 ①～⑥の中から最も相応しい1つを選択し記載		
病歴、診断、 治療および 活動内容					
考察					

骨粗鬆症学会認定医認定申請のための臨床経過あるいは活動記録

症例報告用紙

申請者氏名: _____

病歴No. 5	病院・施設名				
	診療科など				
担当期間	_____年____月 ~ _____年____月 or <input type="checkbox"/> 継続中				
患者 ID など		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
診断名	#1 _____ #2 _____ #3 _____				
	主要カテゴリー番号	<input type="radio"/>	別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号 ①~⑥の中から最も相応しい1つを選択し記載		
病歴、診断、 治療および 活動内容					
考察					

骨粗鬆症学会認定医認定申請のための臨床経過あるいは活動記録

症例報告用紙

申請者氏名: _____

病歴No. 6	病院・施設名				
	診療科など				
担当期間	_____年____月 ~ _____年____月 or <input type="checkbox"/> 継続中				
患者 ID など		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
診断名	#1 _____ #2 _____ #3 _____				
	主要カテゴリー番号	<input type="radio"/>	別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号 ①～⑥の中から最も相応しい1つを選択し記載		
病歴、診断、 治療および 活動内容					
考察					

骨粗鬆症学会認定医認定申請のための臨床経過あるいは活動記録

症例報告用紙

申請者氏名: _____

病歴No. 7	病院・施設名				
	診療科など				
担当期間	_____年____月 ~ _____年____月 or <input type="checkbox"/> 継続中				
患者 ID など		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
診断名	#1 _____ #2 _____ #3 _____				
	主要カテゴリー番号	<input type="radio"/>	別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号 ①～⑥の中から最も相応しい1つを選択し記載		
病歴、診断、 治療および 活動内容					
考察					

骨粗鬆症学会認定医認定申請のための臨床経過あるいは活動記録

症例報告用紙

申請者氏名: _____

病歴No. 8	病院・施設名				
	診療科など				
担当期間	_____年____月 ~ _____年____月 or <input type="checkbox"/> 継続中				
患者 ID など		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
診断名	#1 _____ #2 _____ #3 _____				
	主要カテゴリー番号	<input type="radio"/>	別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号 ①~⑥の中から最も相応しい1つを選択し記載		
病歴、診断、 治療および 活動内容					
考察					

骨粗鬆症学会認定医認定申請のための臨床経過あるいは活動記録

症例報告用紙

申請者氏名: _____

病歴No. 9	病院・施設名				
	診療科など				
担当期間	_____年____月 ~ _____年____月 or <input type="checkbox"/> 継続中				
患者 ID など		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
診断名	#1 _____ #2 _____ #3 _____				
	主要カテゴリー番号	<input type="radio"/>	別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号 ①～⑥の中から最も相応しい1つを選択し記載		
病歴、診断、 治療および 活動内容					
考察					

骨粗鬆症学会認定医認定申請のための臨床経過あるいは活動記録

症例報告用紙

申請者氏名: _____

病歴No. 10	病院・施設名				
	診療科など				
担当期間	_____年____月 ~ _____年____月 or <input type="checkbox"/> 継続中				
患者 ID など		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
診断名	#1 _____ #2 _____ #3 _____				
	主要カテゴリー番号	<input type="radio"/>	別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号 ①~⑥の中から最も相応しい1つを選択し記載		
病歴、診断、 治療および 活動内容					
考察					

(1) 施設長・所属長の確認

症例 No1 から 10 の全ての症例について、当該申請者が診断・治療等に
寄与したことを確認しました。

確認欄

申請者	所属
	氏名 印
施設（所属）長	所属
	氏名 印

(2) 申請者が施設長の場合の誓約

症例No1 から10 の全ての症例について、当該申請者が診断・治療等に
寄与したことを誓約します。

誓約欄

申請者	所属
	氏名 印