

「骨粗鬆症診療あるいは活動記録の概要」および「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 あるいは Word の電子媒体で作成する
2. 「骨粗鬆症診療あるいは活動記録の概要」には骨粗鬆症診療を行う際に注意・心がけている点、院内や地域等での骨粗鬆症の啓発活動等について記載する
3. 10 症例（外来含む）の症例報告用紙は以下の要領にて記載する
 - ① 骨粗鬆症の主要カテゴリー番号には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①～⑩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
 - ② 骨粗鬆症・骨系統疾患に関連する並存疾患名には主たる並存疾患名のみ記載する
 - ③ 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こと
 - ④ 病歴・診断・治療には症例報告見本を参考に【主訴】【現病歴】【既往歴】【身体所見】【検査所見】【治療経過】の項目で記載する
 - ⑤ 薬剤は一般名、商品名のどちらでも可能だが、特定できるようにする
(例：ビタミン D との記載では活性型、天然型、エルデカルシトールが不明確)
 - ⑥ 検査値は単位も記載する
 - ⑦ 専門外の審査委員にも理解しやすく記載する
 - ⑧ 「考察」の分量は適時変更可能であるが、その症例に対しての考察をしっかりと記載する
 - ⑨ 略語を使用する際は、骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015 年版および骨粗鬆症標準用語集の記載に従う

別表 疾患・カテゴリー

カテゴリー番号

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

様式 4

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)

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__日 ~ _____年__月__日 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
骨粗鬆症の主要カテゴリー番号		別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号①～⑱の中から最も相応しい1つを選択し記載			
骨粗鬆症・骨系統疾患に関連する並存疾患名	#1	_____			
	#2	_____			
	#3	_____			
病 歴 診 断 治 療					
考 察					

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__日 ~ _____年__月__日 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
骨粗鬆症の主要カテゴリー番号		別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号①～⑩の中から最も相応しい1つを選択し記載			
骨粗鬆症・骨系統疾患に関連する並存疾患名	#1	_____			
	#2	_____			
	#3	_____			
病 歴 診 断 治 療					
考 察					

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
骨粗鬆症の主要カテゴリー番号		別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号①～⑱の中から最も相応しい1つを選択し記載			
骨粗鬆症・骨系統疾患に関連する並存疾患名	#1	_____			
	#2	_____			
	#3	_____			
病歴 診断 治療					
考察					

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__日 ~ _____年__月__日 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
骨粗鬆症の主要カテゴリー番号		別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号①～⑱の中から最も相応しい1つを選択し記載			
骨粗鬆症・骨系統疾患に関連する並存疾患名	#1	_____			
	#2	_____			
	#3	_____			
病歴 診断 治療					
考察					

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__日 ~ _____年__月__日 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
骨粗鬆症の主要カテゴリー番号		別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号①～⑱の中から最も相応しい1つを選択し記載			
骨粗鬆症・骨系統疾患に関連する並存疾患名	#1	_____			
	#2	_____			
	#3	_____			
病 歴 診 断 治 療					
考 察					

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__日 ~ _____年__月__日 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
骨粗鬆症の主要カテゴリー番号		別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号①～⑩の中から最も相応しい1つを選択し記載			
骨粗鬆症・骨系統疾患に関連する並存疾患名	#1	_____			
	#2	_____			
	#3	_____			
病歴 診断 治療					
考察					

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
骨粗鬆症の主要カテゴリー番号		別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号①～⑱の中から最も相応しい1つを選択し記載			
骨粗鬆症・骨系統疾患に関連する並存疾患名	#1	_____			
	#2	_____			
	#3	_____			
病 歴 診 断 治 療					
考 察					

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__日 ~ _____年__月__日 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
骨粗鬆症の主要カテゴリー番号		別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号①～⑱の中から最も相応しい1つを選択し記載			
骨粗鬆症・骨系統疾患に関連する並存疾患名	#1	_____			
	#2	_____			
	#3	_____			
病 歴 診 断 治 療					
考 察					

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
骨粗鬆症の主要カテゴリー番号		別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号①～⑱の中から最も相応しい1つを選択し記載			
骨粗鬆症・骨系統疾患に関連する並存疾患名	#1	_____			
	#2	_____			
	#3	_____			
病歴 診断 治療					
考察					

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
骨粗鬆症の主要カテゴリー番号		別表疾患カテゴリーのカテゴリー番号①～⑱の中から最も相応しい1つを選択し記載			
骨粗鬆症・骨系統疾患に関連する並存疾患名	#1	_____			
	#2	_____			
	#3	_____			
病 歴 診 断 治 療					
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