



社会医療法人
美杉会

男山病院

骨粗しょう症便り Vol.7

骨粗しょう症連携手帳について！！



**当院では 2020 年 4 月から骨粗鬆症連携サービスを立ち上げ、
2021 年 7 月から骨粗鬆症外来を開始しました。**

**2022 年 7 月からは骨粗鬆症外来の診察を受けてくださる方を
対象に、骨粗しょう症連携手帳の発行を始めました。**

**この手帳は、治療の経過・検査値の記録が一目でわかるよう
なっています。一人の患者さまを、当院と地域の病院・薬局が
連携・協力して治療が行えるようにと思ってお渡ししています。**

・これまでの治療経過・骨折の既往がわかります。

骨粗しょう症の経過

身長	cm	体重	kg
20歳頃の身長	cm	閉経年齢	歳頃
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む		
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸っていた <input type="checkbox"/> 吸っている		
初めて骨粗しょう症と診断された時期	年頃 (歳頃)	<input type="checkbox"/> 今回が初めて	
初めて骨粗しょう症の治療を開始した時期	年頃 (歳頃)	<input type="checkbox"/> 今回が初めて	
これまでに使用した骨粗しょう症治療薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 活性型ビタミンD薬 <input type="checkbox"/> ビタミンK薬 <input type="checkbox"/> ビスホスホネート薬 <input type="checkbox"/> SERM (サーム) <input type="checkbox"/> 副甲状腺ホルモン薬 <input type="checkbox"/> 抗スクレロシン抗体 <input type="checkbox"/> 抗RANKL抗体薬 (デノスマブ) <input type="checkbox"/> その他 ()		
かかったことのある病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> ステロイドの服用 <input type="checkbox"/> その他 ()		
両親の骨折経験	足の付け根の骨折 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他 ()		

骨折の記録 (骨折歴)

これまでの骨折

部位	背骨の骨折	足の付け根の骨折	手の骨折	肩の骨折	その他の骨折
状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 1個 <input type="checkbox"/> 2個 <input type="checkbox"/> 3個~	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右
骨折した年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

新しく起こった骨折

	背骨の骨折	足の付け根の骨折	手の骨折	肩の骨折	その他の骨折	骨折した年月
<input type="checkbox"/> 1個					()	年 月
<input type="checkbox"/> 2個		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	年 月			
<input type="checkbox"/> 3個~		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	年 月			
<input type="checkbox"/> 1個					()	年 月
<input type="checkbox"/> 2個		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	年 月			
<input type="checkbox"/> 3個~		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	年 月			

・当院での治療の経過と骨密度の検査結果がわかるようになっていきます。

経過表 (3ヶ月に1回くらい、または治療薬変更時を目安に、記入してください)

記入日	/ /	/ /	/ /	/ /	
身長/体重	cm / kg	cm / kg	cm / kg	cm / kg	
注意 した 事項 (普段と比べて 選んでください)	食事 1日の食事量	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 減った		
	運動量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 適度 <input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 適度 <input type="checkbox"/> 少ない		
	外出	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 適度 <input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 適度 <input type="checkbox"/> 少ない		
	転倒 (直近3ヶ月)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上		
服薬率 (内服薬の場合)	<input type="checkbox"/> 80%以上 <input type="checkbox"/> 80%未満	<input type="checkbox"/> 80%以上 <input type="checkbox"/> 80%未満			
治 療 薬	活性型ビタミンD薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり		
	ビタミンK薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり		
	ビスホスホネート薬	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 1回/日 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 1回/週 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 1回/4週	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 1回/日 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 1回/週 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 1回/4週		
		SERM	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	
		副甲状腺ホルモン薬	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2回	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2回	
	抗RANKL抗体薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり		
抗スクレロシン抗体	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり			
その他 ()	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> あり ()			
【備考】	本人、家族、医師、看護師、骨粗鬆症マネージャーなどどなたでもご自由に記入してください				
医療機関					

骨密度 検査値の記録①

検査日	/ /	/ /	/ /	/ /
骨密度 (前①) (値)	<input type="checkbox"/> 大腿骨頸部 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> 腰椎 正面 <input type="checkbox"/> 側面 <input type="checkbox"/>			
検査日	/ /	/ /	/ /	/ /
骨密度 (前①) (値)	<input type="checkbox"/> 大腿骨頸部 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> 腰椎 正面 <input type="checkbox"/> 側面 <input type="checkbox"/>			
検査日	/ /	/ /	/ /	/ /
骨密度 (前①) (値)	<input type="checkbox"/> 大腿骨頸部 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> 腰椎 正面 <input type="checkbox"/> 側面 <input type="checkbox"/>			

ご不明な点や気になることがあれば医療スタッフへご相談ください。



社会医療法人美杉会
男山病院 整形外科

八幡市男山泉19

☎075-983-0001 (代表)

<http://misugikai.jp/otokoyama/>