

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	手首の骨折	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	手首の骨折	肩の骨折	その他の骨折	骨折した年月
<input type="checkbox"/> 1個 <input type="checkbox"/> 2個 <input type="checkbox"/> 3個~	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	() <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	年 ----- 月
<input type="checkbox"/> 1個 <input type="checkbox"/> 2個 <input type="checkbox"/> 3個~	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	() <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	年 ----- 月
<input type="checkbox"/> 1個 <input type="checkbox"/> 2個 <input type="checkbox"/> 3個~	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	() <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	年 ----- 月

治療を受けている医療機関

● 骨粗しょう症の治療を受けている医療機関

医療機関名

主治医: _____ 科名: _____ 科

● 骨折の治療・リハビリをした医療機関

医療機関名

主治医: _____ 科名: _____ 科

*大腿骨近位部骨折の場合

二次性骨折予防継続管理の算定 なし 1 2 3

● 骨折の治療・リハビリをした医療機関

医療機関名

主治医: _____ 科名: _____ 科

*大腿骨近位部骨折の場合

二次性骨折予防継続管理の算定 なし 1 2 3

● かかりつけ歯科医

医療機関名

主治医: _____