

## 経過表 (3カ月に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	
注意したい事項 (普段と比べて 選んでください)	食事	タイミング <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕
	1日の食事量	<input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 減った	<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	<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	<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 (最近3ヵ月)	<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	<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	<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 <input type="checkbox"/> あり	<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	<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"/> 1回/週 ] <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 1回/4週 <input type="checkbox"/> 点滴 [ <input type="checkbox"/> 1回/月 <input type="checkbox"/> 1回/年 ]	<input type="checkbox"/> 内服 [ <input type="checkbox"/> 1回/日 <input type="checkbox"/> 1回/週 ] <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 1回/4週 <input type="checkbox"/> 点滴 [ <input type="checkbox"/> 1回/月 <input type="checkbox"/> 1回/年 ]	<input type="checkbox"/> 内服 [ <input type="checkbox"/> 1回/日 <input type="checkbox"/> 1回/週 ] <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 1回/4週 <input type="checkbox"/> 点滴 [ <input type="checkbox"/> 1回/月 <input type="checkbox"/> 1回/年 ]	<input type="checkbox"/> 内服 [ <input type="checkbox"/> 1回/日 <input type="checkbox"/> 1回/週 ] <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 1回/4週 <input type="checkbox"/> 点滴 [ <input type="checkbox"/> 1回/月 <input type="checkbox"/> 1回/年 ]
	SERM (サーム)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<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	<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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
	抗スクレロスチン抗体薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
	その他 ( )	<input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> あり ( )

備考: (本人・医師・ 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				