**パスID：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **椎体骨折地域連携パス　診療情報提供書 （回復期→診療所、回復期→急性期）** | | | | | | | | |
| 患者氏名： |  | | 性別： |  | 生年月日： | 年　　 月　　 日 | | 歳 |
| 病院・医院 | | | | | 記載日： | 年　　　　　月　　　　日 | | |
| 病院 | | | |
| 先生御侍史 | | | | | 科 | | | |
| 医師 | |  | |
| 入院日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | 退院日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 診断 | |  | | | | | | |
| 合併症  併存症  既往歴 | |  | | | | | | |
| 治療経過 | | お世話になります。急性期病院までの病歴や経過などは、前医の記録をご参照下さい。 以下に当院での治療経過などを記載します。よろしくお願い申し上げます。 | | | | | | |
| 骨密度  骨代謝マーカー | | □急性期病院データ　　　　　□当院データ  □急性期病院データ　　　　　□当院データ | | | | | | |
| 処方内容 | | 骨粗鬆症の内服薬含む  □別紙参照 | | | | | | |
| 骨粗鬆症  注射製剤 | | □ボンビバ静注　 □ボナロン点滴　　 □リクラスト点滴 　□プラリア皮下注 　□イベニティ　皮下注  □フォルテオ自己注　　□テリパラチドBS自己注 □テリボン皮下注 　□テリボンAI自己注  開始日　　　　　　　年　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | |
| 特記事項 | |  | | | | | | |