

二次性骨折予防継続管理料に関する連絡票

令和4年度の診療報酬改定にて大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を行った患者に対して二次性骨折予防継続管理料1,2,3が算定可能になりました。

本紙は、二次性骨折予防継続管理料1を算定した患者様の情報を、回復期病院・かかりつけ医に共有するものです。本紙を受け取られたかかりつけ医の方は、当院へ FAX 頂けると幸いです。

手術実施病院	FAX
整形外科主治医	
患者氏名	生年月日
患者住所	

回復期病院・かかりつけ医への連絡事項

【診断名】 【手術日】令和 年 月 日

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折 | <input type="checkbox"/> 骨接合術 |
| <input type="checkbox"/> 大腿骨転子部骨折 | <input type="checkbox"/> 人工骨頭挿入術 |
| <input type="checkbox"/> 大腿骨転子下骨折 | <input type="checkbox"/> 人工股関節置換術 |

【検査】

- 骨密度検査 済 (月 日実施) 未
血液検査 済 (月 日実施) 未
↳ 内、骨代謝マーカー 済 未

【治療薬】 ()

二次性骨折予防継続管理料 2 を算定し、かかりつけ医へ紹介される場合は、管理料を算定している患者である事を連絡ください。

- (イ) _____ 病院にて _____ 年 _____ 月に、二次性骨折予防継続管理料 1 を算定しました。
(ロ) _____ 病院にて _____ 年 _____ 月に、二次性骨折予防継続管理料 2 を算定しました。
(ハ) _____ にて、 _____ 年 _____ 月まで、月1回二次性骨折予防継続管理料 3 の算定をする予定です

-----連絡事項-----

*二次性骨折予防継続管理料 3 を算定された方は、(イ) 病院へ FAX 頂けると幸いです。