**二次性骨折予防継続管理料算定連絡票**

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さんに対する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。

下記に従って治療継続をお願いいたします。（＊事前の届け出が必要です）

患者名　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　　月　　　日

【診断名】□大腿骨頸部骨折　　　　【手術日】令和　　　年　　月　　日

□大腿骨転子部骨折　　　　　　　　□骨接合術

□大腿骨転子下骨折　　　　　　　　□人工骨頭挿入術

□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の算定について**

（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）二次性骨折予防継続管理料3

□　当院外来初回算定日　 　　年　　月　　日

　　　貴院にて　　　年　　 月～　　年 　 月まで月1回の算定が可能です。

□　当院外来での算定無し

貴院受診後、1年間､月1回の算定が可能です。

貴院での骨粗鬆症治療につきまして継続していただきますようお願い申し上げます。

-----連絡事項---------------------------------------------------------------------------------------------

「患者さんのご意向を確認し、相談の上、逆紹介先をXXX医院に決定いたしました」