小田原大腿骨近位部骨折地域連携パス維持期医療機関加盟申込書

申し込み日	平成　　年　　月　　日
医療機関名	
院長又は代表者	
住所	〒
連絡先	TEL：
	FAX：
	E-mail：
アクセス	（例）ＸＸ駅より徒歩〇分
ＵＲＬ	
スタッフ	□理学療法士　　名　　□作業療法士　　名 □その他（　　）
骨密度測定	□腰椎ＤＸＡ、□橈骨ＤＸＡ、□超音波、□ＭＤ法、 □その他（　　）、□不可
投薬可能な薬剤	□ビスフォスフォネート経口剤 （□毎日、□週１、□月１、□ゼリー錠） □ＳＥＲＭ □テリパラチド（□自己注射、□週１回） □デノスマブ □ＶｉｔＤ □Ｃａ製剤 □その他（　　）
患者様への メッセージ	（100 文字以内でお願いします）

＊代表者ないし施設の写真をＪＰＥＧで添付してください。