**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○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。