

問9 次にあげるのは、過去1カ月間に、あなたがどのように感じたかについての質問です。
 (ア～ケまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼

- ア) 元気いっぱいでしたか..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- イ) かなり神経質でしたか..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- ウ) どうにもならないくらい、
気分がおちこんでいましたか..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- エ) おちついていて、
おだやかな気分でしたか..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- オ) 活力(エネルギー)に
あふれていましたか..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- カ) おちこんで、ゆううつな
気分でしたか..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- キ) 疲れはてていましたか..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- ク) 楽しい気分でしたか..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- ケ) 疲れを感じましたか..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

問10 過去1カ月間に、友人や親せきを訪ねるなど、人とのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、時間的にどのくらい妨げられましたか。
 (一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問 11 次にあげた各項目はどのくらいあなたにあてはまりますか。(ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

まったく そのとおり	ほぼ あてはまる	何とも 言えない	ほとんど あてはまら ない	ぜんぜん あてはまら ない
▼	▼	▼	▼	▼

- ア) 私は他の人に比べて病気に
なりやすいと思う 1 2 3 4 5
- イ) 私は、人並みに健康である 1 2 3 4 5
- ウ) 私の健康は、悪くなるような
気がする 1 2 3 4 5
- エ) 私の健康状態は非常に良い 1 2 3 4 5

これでこのアンケートはおわりです。
ご協力ありがとうございました。

「骨粗鬆症椎体骨折に対する低侵襲治療の開発」 のための探索的臨床研究 症例報告書

■共同臨床研究機関名

- 久留米大学 整形外科 (永田見生) 登録番号「①ー」
- 杏林大学 整形外科 (市村正一) 登録番号「②ー」
- 高知大学 整形外科 (武政龍一) 登録番号「③ー」
- 大阪市立大学 整形外科 (中村博亮) 登録番号「④ー」
- 東京医科歯科大学 整形外科 (大川 淳) 登録番号「⑤ー」
- 日本大学板橋病院 整形外科 (徳橋泰明) 登録番号「⑥ー」
- 函館中央病院 整形外科 (戸川大輔) 登録番号「⑦ー」

■被験者番号

—

割り付け治療群

保存的治療法

- ① 各種保存治療の前向き研究 I群 II群 III群
- ② 保存的治療法の有効性と限界 硬性コルセット 軟性コルセット

手術的治療法

- ③ CPC 使用 全身麻酔
- ④ CPC 使用 ウロマチックバルーン使用 術式名: _____
- ⑤ CPC 使用 局所麻酔 経皮的
- ⑥ HA・ブロック使用 全身麻酔
- ⑦ PMMA 使用

生年月日 19 年 月 日 登録時年齢 歳
 入院日 20 年 月 日 性別 男性 女性
 退院日 20 年 月 日

この症例報告書は、登録後、最終経過観察期間である48週間まで、各共同臨床機関にて保管いただき、随時記載を追加して下さい。

被験者番号 —

適格性確認時

選択基準および除外基準

◎選択基準:

- ①腰背部痛発症後8週以後で、疼痛の持続があるもの はい いいえ
- ②単純X線およびMRIで骨癒合が得られていない はい いいえ
- 椎体骨折を有するもの
- ③原発性骨粗鬆症の診断基準を満たすもの はい いいえ
- ④本人あるいは代諾者の同意文書が得られたもの はい いいえ

●除外基準:

- ① 病的骨折を有する いいえ はい
- ② 悪性新生物を有する いいえ はい
- ③ 同意取得前6ヶ月以内に他の骨粗鬆症関連の臨床試験に参加した いいえ はい
- ④ MRI撮影が不可能 いいえ はい
- ⑤ 本骨折以前から歩行不能 いいえ はい
- ⑥ 認知症や寝たきり いいえ はい
- ⑦ 研究責任者または研究者が不適と判断 いいえ はい
- ⑧ そのほか、重篤な合併症によって本研究の治療を受けられない いいえ はい

臨床研究参加の適否

臨床研究参加の適否	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否
判定日	20	年 月 日
判定医師		
コメント	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

被験者番号 _____

治療開始時(手術前)

評価日 : 開始時評価日 20 年 月 日
受傷日(発症日) 20 年 月 日

診断名(障害椎体) : 第 _____ 椎体 圧迫骨折
 圧迫骨折後偽関節
 偽関節

副次評価項目

骨癒合の有無 無 有
評価方法 単純X線 CT MRI
偽関節の有無 無 有
評価方法 単純X線 CT MRI

神経学的所見

下肢の運動障害の有無 無 有
下肢の感覚障害の有無 無 有
膀胱直腸障害の有無 無 有

骨量

機種 (_____)
測定部位 腰椎(いずれの椎体でも可。但し骨折椎体を含まず) 大腿骨頸部
 全身骨 その他 (_____)
骨密度 (g/cm²) _____ g/cm²
YAM (%) _____ %
合併症 無 有
(_____)

その他コメント 無 有

主要評価項目の確認: アンケート実施の有無

- JOA-BPEQ
- VAS _____ mm
- SF-36v2

被験者番号 _____

治療開始後(手術後) 2 週時

評価日 : 2 週時 評価日 20 年 月 日

副次評価項目

骨癒合の有無 無 有 不明
評価方法 単純 X 線 CT

偽関節の有無 無 有 不明
評価方法 単純 X 線 CT

神経学的所見

下肢の運動障害の有無 無 有
下肢の感覚障害の有無 無 有
膀胱直腸障害の有無 無 有

合併症 無 有
()

その他コメント 無 有

主要評価項目の確認: アンケート実施の有無

JOA-BPEQ
 VAS _____ mm

被験者番号 -

治療開始後(手術後) 4 週時

評価日 : 4 週時 評価日 20 年 月 日

副次評価項目

骨癒合の有無 無 有 不明

評価方法 単純 X 線

偽関節の有無 無 有 不明

評価方法 単純 X 線

合併症 無 有

(

)

その他コメント 無 有

主要評価項目の確認: アンケート実施の有無

JOA-BPEQ

VAS _____ mm

SF-36v2

被験者番号 -

治療開始後(手術後) 12 週時

評価日 : 12 週時 評価日 20 年 月 日

副次評価項目

骨癒合の有無 無 有 不明
評価方法 単純 X 線 CT

偽関節の有無 無 有 不明
評価方法 単純 X 線 CT

神経学的所見

下肢の運動障害の有無 無 有
下肢の感覚障害の有無 無 有
膀胱直腸障害の有無 無 有

合併症 無 有

(

)

その他コメント 無 有

主要評価項目の確認: アンケート実施の有無

JOA-BPEQ
 VAS _____ mm
 SF-36v2

被験者番号 -

治療開始後(手術後) 24 週時

評価日 : 24 週時 評価日 20 年 月 日

副次評価項目

骨癒合の有無 無 有 不明
評価方法 単純 X 線 CT MRI
偽関節の有無 無 有 不明
評価方法 単純 X 線 CT MRI

神経学的所見

下肢の運動障害の有無 無 有
下肢の感覚障害の有無 無 有
膀胱直腸障害の有無 無 有

骨量

機種 ()
測定部位 腰椎(いずれの椎体でも可。但し骨折椎体を含まず) 大腿骨頸部
 全身骨 その他 ()
骨密度 (g/cm²) _____ g/cm²
YAM (%) _____ %
合併症 無 有
()

その他コメント 無 有

主要評価項目の確認: アンケート実施の有無

JOA-BPEQ
 VAS _____ mm
 SF-36v2

被験者番号 —

治療開始後(手術後) 48 週時

評価日 : 48 週時 評価日 20 年 月 日

副次評価項目

骨癒合の有無 無 有 不明
評価方法 単純 X 線 CT MRI

偽関節の有無 無 有 不明
評価方法 単純 X 線 CT MRI

神経学的所見

下肢の運動障害の有無 無 有
下肢の感覚障害の有無 無 有
膀胱直腸障害の有無 無 有

骨量

機種 ()
測定部位 腰椎(いずれの椎体でも可。但し骨折椎体を含まず) 大腿骨頸部
 全身骨 その他 ()
骨密度 (g/cm²) _____ g/cm²
YAM (%) _____ %
合併症 無 有
()

その他コメント 無 有

主要評価項目の確認: アンケート実施の有無

JOA-BPEQ
 VAS _____ mm
 SF-36v2

被験者番号 —

中止・生存確認

中止

中止の有無 無 有 (「有」の場合は、下欄に詳細を記載する)

中止年月日 : 20 年 月 日

中止の理由

- 有害事象の発現により研究の継続が困難であると判断した場合
- 腰背部痛や麻痺等の症状が増悪し、治療方法の変更が必要と判断した場合
あるいは被験者が治療方法の変更を希望した場合
- 被験者から臨床研究への参加中止の申し出があった場合
- 被験者が来院しない場合
- その他、研究責任者または研究者の医学的判断により、臨床研究中止の必要性を認めた場合

コメント 無 有

--

生存確認

生存確認の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
確認日	20 年 月 日
確認方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 手紙 <input type="checkbox"/> その他
生存確認結果	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 消息不明
確認医師	
コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (「死亡」および「消息不明」の場合はコメントを記載する)

--

有害事象()

NO	項目	内容
	症状	
	程度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度
	重篤性*1	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤（「重篤」の場合、以下の詳細を記載する） ⇒ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	発現日時	2 0 0 年 月 日 時 分
	転帰	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不明 （「不明」の場合、その詳細をコメントに記載する）
	転帰確認日時	2 0 0 年 月 日 時 分
	処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」の場合、コメントに詳細を記載する）
	治療との関連性	<input type="checkbox"/> 関連なし <input type="checkbox"/> 多分関連なし <input type="checkbox"/> 関連性が疑われる <input type="checkbox"/> 関連性あり <input type="checkbox"/> 不明 （「関連なし」及び「多分関連なし」の場合、判定理由をコメントに記載する）
	コメント	
	症状	
	程度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度
	重篤性*1	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤（「重篤」の場合、以下の詳細を記載する） ⇒ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	発現日時	2 0 0 年 月 日 時 分
	転帰	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不明 （「不明」の場合、その詳細をコメントに記載する）
	転帰確認日時	2 0 0 年 月 日 時 分
	処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」の場合、コメントに詳細を記載する）
	治療との関連性	<input type="checkbox"/> 関連なし <input type="checkbox"/> 多分関連なし <input type="checkbox"/> 関連性が疑われる <input type="checkbox"/> 関連性あり <input type="checkbox"/> 不明 （「関連なし」及び「多分関連なし」の場合、判定理由をコメントに記載する）
	コメント	

*1: 1. 死亡に至るもの 2. 生命を脅かすもの
 3. （治療のため入院）若しくは入院及び加療期間の延長が必要なもの
 4. 永続的若しくは重大な障害及び機能不全に陥るもの
 5. その他重大な医学的事象

有害事象()

NO	項目	内容
	症状	
	程度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度
	重篤性*1	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤（「重篤」の場合、以下の詳細を記載する） ⇒ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	発現日時	2 0 0 年 月 日 時 分
	転帰	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不明 （「不明」の場合、その詳細をコメントに記載する）
	転帰確認日時	2 0 0 年 月 日 時 分
	処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」の場合、コメントに詳細を記載する）
	治療との関連性	<input type="checkbox"/> 関連なし <input type="checkbox"/> 多分関連なし <input type="checkbox"/> 関連性が疑われる <input type="checkbox"/> 関連性あり <input type="checkbox"/> 不明 （「関連なし」及び「多分関連なし」の場合、判定理由をコメントに記載する）
	コメント	
	症状	
	程度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度
	重篤性*1	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤（「重篤」の場合、以下の詳細を記載する） ⇒ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	発現日時	2 0 0 年 月 日 時 分
	転帰	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不明 （「不明」の場合、その詳細をコメントに記載する）
	転帰確認日時	2 0 0 年 月 日 時 分
	処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」の場合、コメントに詳細を記載する）
	治療との関連性	<input type="checkbox"/> 関連なし <input type="checkbox"/> 多分関連なし <input type="checkbox"/> 関連性が疑われる <input type="checkbox"/> 関連性あり <input type="checkbox"/> 不明 （「関連なし」及び「多分関連なし」の場合、判定理由をコメントに記載する）
	コメント	

*1: 1. 死亡に至るもの 2. 生命を脅かすもの
 3. （治療のため入院）若しくは入院及び加療期間の延長が必要なもの
 4. 永続的若しくは重大な障害及び機能不全に陥るもの
 5. その他重大な医学的事象

有害事象()

NO	項目	内容
	症状	
	程度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度
	重篤性*1	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤（「重篤」の場合、以下の詳細を記載する） ⇒ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	発現日時	2 0 0 年 月 日 時 分
	転帰	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不明 （「不明」の場合、その詳細をコメントに記載する）
	転帰確認日時	2 0 0 年 月 日 時 分
	処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」の場合、コメントに詳細を記載する）
	治療との関連性	<input type="checkbox"/> 関連なし <input type="checkbox"/> 多分関連なし <input type="checkbox"/> 関連性が疑われる <input type="checkbox"/> 関連性あり <input type="checkbox"/> 不明 （「関連なし」及び「多分関連なし」の場合、判定理由をコメントに記載する）
	コメント	
	症状	
	程度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度
	重篤性*1	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤（「重篤」の場合、以下の詳細を記載する） ⇒ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	発現日時	2 0 0 年 月 日 時 分
	転帰	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不明 （「不明」の場合、その詳細をコメントに記載する）
	転帰確認日時	2 0 0 年 月 日 時 分
	処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」の場合、コメントに詳細を記載する）
	治療との関連性	<input type="checkbox"/> 関連なし <input type="checkbox"/> 多分関連なし <input type="checkbox"/> 関連性が疑われる <input type="checkbox"/> 関連性あり <input type="checkbox"/> 不明 （「関連なし」及び「多分関連なし」の場合、判定理由をコメントに記載する）
	コメント	

*1: 1. 死亡に至るもの 2. 生命を脅かすもの
3. （治療のため入院）若しくは入院及び加療期間の延長が必要なもの
4. 永続的若しくは重大な障害及び機能不全に陥るもの
5. その他重大な医学的事象

疼痛コントロール薬の使用()

NO	項目	内容	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	

疼痛コントロール薬の使用()

NO	項目	内容	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	

疼痛コントロール薬の使用()

NO	項目	内容	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	

被験者番号

—

疼痛コントロール薬の使用()

NO	項目	内容	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	

骨粗鬆症治療薬の使用()

NO	項目	内容	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する）	

骨粗鬆症治療薬の使用()

NO	項目	内容	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する)	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する)	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する)	
	薬剤名		
	用法・用量		
	投与期間	開始 2 0 0 年 月 日	終了 2 0 0 年 月 日
	コメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (「有」を選択した場合は、以下に詳細を記載する)	