

診療情報提供書

骨吸収抑制薬関連顎骨壊死予防のための連携用紙（歯⇒医）

紹介先医療機関名

担当医師

科

殿

令和

年

月

日

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号(FAX)

診療科名

医師氏名

印

フリガナ

患者氏名

殿

性別 男・女

患者住所

電話番号

生年月日

明・大・昭・平

年

月

日 () 歳

職業

【傷病名】

う蝕 ・ 歯周病 ・ その他 ()

【紹介目的】

骨吸収抑制薬またはロモソズマブに関する問い合わせ

問い合わせに対する回答

【既往歴・家族歴・病状経過・検査結果・治療経過】

【コメント・依頼内容】

平素より大変お世話になっております。上記診断下に

抜歯

う蝕治療

歯周病治療

義歯治療

その他 ()

口腔ケアを継続的に行うこととしました。

を予定しています。 (月 日)

を行いました。 (月 日)

が必要です。

貴院で骨粗鬆症治療薬を投与中とのことですが、現在の状態、ビスホスホネート製剤やデノスマブ・ロモソズマブの投与歴、顎骨壊死のリスク因子をご教示いただきたく、お願い申し上げます。

骨吸収抑制薬またはロモソズマブの休薬は可能でしょうか。

お忙しいところ、恐れ入りますが何卒よろしくお願い申し上げます。

【現在の処方】

【備考】