

薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）連携診療 診療情報提供書

返信用 歯 → 医（返信）

年 月 日

【紹介先医療機関名： 】

担当医 科 先生御侍史

【照会元歯科医療機関名： 】

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所である（ はい いいえ ）

歯科医師名： 印

所在地：

電話番号：

前略、この度は、薬剤関連顎骨壊死発症の予防、早期発見のために、患者、様
を（御紹介、御照会）頂きまして、ありがとうございます。下記のように診断、治療
を行いましたのでご報告いたします。

患者氏名

性別 男 女

患者住所

電話番号

生年月日 年 月 日

1）当院での、診療内容、結果についてご報告いたします。

① 薬剤関連顎骨壊死発症リスク（ あり なし ）

詳細内容（ ）

② 薬剤関連顎骨壊死発症の有無（ あり なし ）

詳細内容（ ）

当院傷病名（ ）

治療内容、予定（ ）

投与予定等（ ）

治療状況、期間、経過について

① 治療状況（治療開始前、治療中、治療終了口腔管理中、治療中断）

② 治療期間 *顎骨壊死リスク因子治療（ ）

*その他治療（ ）

③ 治療經過

- * () 骨吸収抑制剤の早急な投与が必要との事、早急に感染源除去の治療を行います。
- * () 骨吸収抑制剤の投与に猶予があるとの事、治療終了まで(約 カ月)、骨吸収抑制剤の投与をお待ち頂ければ幸いです。
- * () 薬剤関連顎骨壊死発症のリスク、発症、共になく、現時点で、骨吸収抑制剤の投与に問題ありません。
- * () 薬剤関連顎骨壊死の発症が認められますので、早急に口腔外科と連携して治療を行います。
- * () その他 ()

その他事項 ()

2) 診療情報を求める内容

- ・骨粗鬆症等の状態
- ・骨吸収抑制薬等の投与について、薬剤名、投与期間、投与の種類（経口製剤、注射製剤）、休薬の可否、薬剤変更等について
- ・その他、ステロイドの投与等のリスク要因について

追記事項

骨吸収抑制薬等の投与をされている患者様には、薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の予防の為に口腔管理、口腔ケアが大切であることを御指導頂きますようお願いいたします。