

骨粗鬆症・薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）連携診療 診療情報提供書

照会状(1) 歯 → 医（照会）

年 月 日

【照会先医療機関名： 】

担 当 医： 先生御侍史

【紹介元医療機関名： 】

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 ）

住 所：

電話番号：

歯科医師名： 印

前略、いつもお世話になっております。貴院にて、骨粗鬆症、御加療中の下記の患者さんについて、病状、投薬状況、歯科治療上留意が必要な事項等について、情報提供並びに御教示をお願い致します。

患者氏名

性 別 男 女

患者住所

電話番号

生年月日 年 月 日

当院傷病名 （ ）

治療内容等 （ ）

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経過について 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()

その他 ()

追記事項

骨吸収抑制薬を投与される患者様に対しては、薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)予防の為に、口腔管理、口腔ケアが大切である事を御指導いただきますようお願いいたします。