

骨粗鬆症・薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）連携診療 診療情報提供書  
紹介用 歯 → 医（紹介）

年 月 日

【紹介先医療機関名： 】

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：

拝啓、時下、先生には益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

患者\_\_\_\_\_様（男 女）（ 年 月 日生）（ 才）を  
ご紹介させていただきます。宜しく御高診の程お願い申し上げます。

依頼内容

当院において、 年 月 日初診、  
歯科治療（ ）を（ 行う予定です 行っています ）  
問診、パノラマX線撮影検査等により、骨粗鬆症の（疑い、未治療）が考えられます  
ので、宜しくお願い致します。

追記事項

骨吸収抑制薬等を投与される場合は、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。