**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  ご紹介させて頂きます。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。