

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(2) 歯 → 医（照会）

年 月 日

【照会先医療機関名： 】

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、いつもお世話になっております。貴院にて、骨粗鬆症、御加療中の下記患者さんについて、当院にて、外科処置(顎骨露出を伴う)を行う予定ですが、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（ ）

治療予定 抜歯 切開 （ ）

その他 （ ）

投薬予定 （ ）

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事を御指導頂きますようお願いいたします。