**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。