**薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）連携診療　診療情報提供書**

**返信用　　歯 → 医（返信）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　年 月 日

|  |
| --- |
| 【紹介先医療機関名：　　　　 　 　　　 　　　　　　　】    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、この度は、薬剤関連顎骨壊死発症の予防、早期発見のために、患者、　　　　様を（御紹介、御照会）頂きまして、ありがとうございます。下記のように診断、治療を行いましたのでご報告いたします。    患者氏名  性　　別　　　男　　女  　　　　　　　　　　　　　　　　　患者住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　月　　日 |
| １）当院での、診療内容、結果についてご報告いたしまします。   1. 薬剤関連顎骨壊死発症リスク( あり 　 なし )   　　　　詳細内容(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)   1. 薬剤関連顎骨壊死発症の有無( あり 　なし )   　 詳細内容(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　)  当院傷病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　)  治療内容、予定　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　)  投与予定等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　 　　）  治療状況、期間、経過について   1. 治療状況　(治療開始前、治療中、治療終了口腔管理中、治療中断) 2. 治療期間　＊顎骨壊死リスク因子治療(　　　　　　　　　　)   　　　　　＊その他治療(　　　　　　　　　　　　　　　　)    　③ 治療経過  ＊（　　）骨吸収抑制剤の早急な投与が必要との事、早急に感染源除去の治療を行います。  ＊ (　　) 骨吸収抑制剤の投与に猶予があるとの事、治療終了まで(約　　カ月)、骨吸収抑制剤の投与をお待ち頂ければ幸いです。  ＊ (　　) 薬剤関連顎骨壊死発症のリスク、発症、共になく、現時点で、骨吸収抑制剤の投与に問題ありません。  ＊ (　　) 薬剤関連顎骨壊死の発症が認められますので、早急に口腔外科と連携して治療を行います。  ＊（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他事項　 　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　）  ２）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 |

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。