情報提供書（Ⅰ）に対する返書

骨粗鬆症連携（返信）　[歯科→医科]

紹介先医療機関等名

担当医　　　　　　　　　先生ご机下

令和　　　年　　　月　　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

患者氏名

患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　男　　・　　女

電話番号

生年月日　　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）　　職業

|  |
| --- |
| 傷病名　　　歯周病　　[ ] 根尖性歯周炎（歯の根の治療）　　[ ] 義歯（入れ歯）治療[ ] う蝕（虫歯）治療　　[ ] 補綴治療（被せ物） |
| 治療経過[ ] 歯科治療に　　か月必要です。[ ] 歯科疾患の治療開始前です。[ ] 歯科疾患の治療中です。[ ] 歯科疾患の治療は終了し、口腔管理・口腔ケア継続中です。骨吸収抑制剤等を使用される患者様に対し、MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）予防のために口腔管理・口腔ケアが大切であることをご指導いただきますとともに、薬剤変更などがございましたら、当院にご一報いただければ幸いです。 |
| 既往歴および家族歴　[ ] 脆弱性骨折（部位：　　　　　　）　　[ ] 糖尿病　　　[ ] その他（　　　　　　　　）ステロイド使用歴　　[ ] あり（現在　　　ｍｇ）　　[ ] 無し |
| 症状・治療経過および検査結果 |
| 現在の処方 |