情報提供書（Ⅰ）

骨粗鬆症連携（観血処置）　[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

|  |
| --- |
| 傷病名歯科傷病名　　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）　　[ ] その他（　　　　　　　　　） |
| 紹介目的治療に際し、顎骨露出をともなう観血処置（抜歯・デンタルインプラント埋入など）を計画しております。つきましては骨吸収抑制剤の投与経過についてご教示ください。必要があれば休薬、薬剤変更などのご相談させて頂けますと幸いです。　[ ] 歯性感染症・疼痛があり、治療可能であれば早急に歯科治療を行う必要があります。　[ ] 治療計画中であり、時間に余裕があります。 |
| 既往歴および家族歴 |
| 症状・治療経過および検査結果　　 |
| 現在の処方 |