医科→歯科　　(紹介用)

診療情報提供書（医科歯科連携）

年　　月　　日

紹介先：

先生御机下

紹介元：

医師：

電話：　　FAX:

フリガナ		性別　□男　□女
患者氏名		
生年月日	□明　□大　□昭　□平　　年　　月　　日　（　　歳）	
患者住所 電話番号	〒 TEL:　　（　　）	

診断名	□骨粗鬆症　□骨折［□脊椎圧迫骨折（　胸椎・　腰椎／新鮮・陳旧） □大腿骨頚部骨折　□その他（橈骨、上腕骨　　）］ □自己免疫疾患（病名　　ステロイド投与　□あり　□無し） □癌の骨転移

日頃より、大変お世話になっております。

この度上記患者様には、〔　　〕を　1. 処方する予定です。

2. ＿＿＿年前より処方しております。

つきましては ARONJ 予防のため顎口腔領域についてご評価いただき、口腔ケア並びに必要に応じて歯科治療をお願いいたします。

□ 骨吸収抑制薬に猶予があります

本薬投与の開始を遅らせた方が良い場合または休薬が必要な場合は、その時期・期間等についてご相談下さい。

□ 骨吸収抑制薬投与が早急に必要・休薬不可です。

原疾患の進行状態から本薬投与を優先させたいと思いますのでご配慮お願いいたします。