紹介先医療機関等名

情報提供書(Ⅰ)に対する返書

骨粗鬆症連携書（返信）[歯科→医科]

様式1-2

担当医 科 殿

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 |  |
| 患者住所電話番号 |  |  |  |  |  | 性別 男 ・ 女 |
| 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。

骨吸収抑制薬を使用される患者様に対し、MRONJ(骨吸収抑制薬関連顎骨壊死)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。 |
| 既往歴及び家族歴 |
| 症状および検査結果 |
| 現在の処方 |
| 備考 |

返書0