紹介先医療機関等名

情報提供書(Ⅰ)

骨粗鬆症連携（観血処置後）[歯科→医科]

様式4-1

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( ) |  |
| 医科傷病名 |  |
| □骨粗鬆症疑い ☐骨粗鬆症 ☐関節リウマチ ☐自己免疫疾患（ | ） |
| * がん骨転移（癌種： ） ☐その他（ ） |  |
| 紹介目的 | |
| この度は骨吸収抑制薬の休薬・薬剤変更にご協力頂きまして誠にありがとうございました。 | |
| 20 年 月 日に観血処置を行いましたことをご報告致します。 | |
| 今後は貴院にて骨密度検査の上、必要があれば骨吸収抑制薬の処方をして頂くように患者様 | |
| には説明しておりますので、御高診のほどよろしくお願い申し上げます。 | |
| 骨吸収抑制薬を使用される場合は、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、薬剤変更などに際しては、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・治療経過および検査結果 | |
| 現在の処方 | |

情Ⅰ250