|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連携用紙  骨粗鬆症早期発見のための連携情報提供書[歯科→医科] |  | 様式 |
| 紹介医療機関名 年 | 月 | 日 |
| 先生 御机下 |  |  |
| 患者 殿は、当院でのパノラマX線写真にて骨粗鬆症が疑われました。  つきましてはご高診、ご精査のほどよろしくお願いいたします。当院での診療状況は下記の通りです。   * **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。**   なお、骨粗鬆症の治療において、骨吸収抑制薬(ビスフォスフォネート薬および抗RANKL抗体薬)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、その投与に際しては、当院にご一報いただければ幸いです。  医療機関  医師氏名 印 | | |