

情報提供書（I）

骨粗鬆症連携 [医科→歯科]

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	
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
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他（ ）

紹介目的
上記治療のため治療薬 を処方する予定です。 年 月より投与しております。
<input type="checkbox"/> 顎骨壊死リスクあり <input type="checkbox"/> 顎骨壊死リスクなし
つきましては顎骨壊死予防のため顎口腔領域についてご評価いただき、口腔ケアならびに必要な応じて 歯科治療をお願い致します。

<input type="checkbox"/> 骨吸収抑制剤投与に猶予があります。 本剤投与の開始を遅らせた方が良い場合または旧約が必要な場合は、その時期・期間等について ご相談ください。 <input type="checkbox"/> 骨吸収抑制剤投与が早急に必要・休薬不可です。 原疾患の進行状態から本剤投与を優先させたいと思いますのでご配慮お願い致します。
---

既往歴および家族歴
<input type="checkbox"/> 脆弱性骨折（部位： ） <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）
ステロイド使用歴 <input type="checkbox"/> あり（現在 mg） <input type="checkbox"/> 無し

症状・治療経過および検査結果
----------------

現在の処方
<input type="checkbox"/> 経口 BP 剤 （製品名： ）
<input type="checkbox"/> 注射 BP 製剤 （製品名： ）
<input type="checkbox"/> 抗 RANKL 抗体製剤 （製品名： プラリア ）
<input type="checkbox"/> 抗スクレロステチン抗体製剤 （製品名： イベニティ ）