

情報提供書（I）に対する返書

骨粗鬆症連携（返信） [歯科→医科]

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	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳） 職業

傷病名
<input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 根尖性歯周炎（歯の根の治療） <input type="checkbox"/> 義歯（入れ歯）治療
<input type="checkbox"/> う蝕（虫歯）治療 <input type="checkbox"/> 補綴治療（被せ物）

治療経過
<input type="checkbox"/> 歯科治療に か月必要です。
<input type="checkbox"/> 歯科疾患の治療開始前です。
<input type="checkbox"/> 歯科疾患の治療中です。
<input type="checkbox"/> 歯科疾患の治療は終了し、口腔管理・口腔ケア継続中です。
骨吸収抑制剤等を使用される患者様に対し、MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）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"/> その他（ ）
ステロイド使用歴 <input type="checkbox"/> あり（現在 m g） <input type="checkbox"/> 無し

症状・治療経過および検査結果

現在の処方