守谷OLS3-1

情報提供書（Ⅰ）

骨粗鬆症連携（観血処置）　[歯科→医科]

紹介先医療機関等名

担当医　　先生ご机下

紹介元医療機関の所在地

紹介元医療機関の名称

電話番号

医師氏名　　印

令和　　年　　月　　日

患者氏名	性別　□男・□女
患者住所	
電話番号	
生年月日　令和　　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（　　）

紹介目的

治療に際し、顎骨露出をともなう観血処置（抜歯・デンタルインプラント埋入など）を計画しております。

つきましては骨吸収抑制剤の投与経過についてご教示ください。必要があれば休薬、薬剤変更などのご相談させて頂けますと幸いです。

□歯性感染症・疼痛があり、治療可能であれば早急に歯科治療を行う必要があります。

□治療計画中であり、時間に余裕があります。

既往歴および家族歴

症状・治療経過および検査結果

現在の処方