守谷OLS3-2

診療情報連携共有

骨粗鬆症連携（観血処置返書）　[医科→歯科]

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 □骨粗鬆症疑い　□骨粗鬆症　□その他（　　）
紹介目的 ご連絡ありがとうございます。現在、＿＿＿＿＿＿＿＿を投与中です。 □顎骨壊死リスクあり　□顎骨壊死リスクなし □脆弱性骨折のリスクが高く休薬は困難です。 □休薬・薬剤変更が可能なので（□休薬　〔　　か月間〕・□薬剤変更）を指示しました。 □顎骨壊死のリスクとなる薬剤投与はありませんので、治療を進めて頂いて構いません。 □顎骨壊死のリスクとなる薬剤投与歴はありますが終了しています。 （最終投与：　　年　　月　　日）
既往歴および家族歴 □脆弱性骨折（部位：　　）　□糖尿病　□その他（　　） ステロイド使用〔□あり（現在：　　ｍｇ）　□使用歴あり　□なし　〕
症状・治療経過および検査結果
現在の処方 □経口 BP 剤　（製品名：　　） □注射 BP 製剤　（製品名：　　） □抗 RANKL 製剤　（製品名：　プラリア　） □抗スクレロスチン製剤　（製品名：　イベニティ　）