守谷OLS4-1

情報提供書（Ｉ）

骨粗鬆症連携（観血処置後）　[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　昭和　　年　　月　　日（　　歳）　職業	

傷病名 歯科傷病名 □ 歯周病　□根突性歯周炎（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 この度は骨吸収抑制剤の休薬・薬剤変更にご協力を頂きまして誠にありがとうございました。 ２０　　年　　月　　日に観血処置を行いましたことをご報告いたします。 今後は貴院にて骨密度検査の上、必要があれば骨吸収抑制剤の処方をして頂くように患者様には説明しておりますので、御高診のほどよろしくお願い申し上げます。 骨吸収抑制剤を使用される場合は、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、薬剤変更などに際しては、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
症状・治療経過および検査結果
現在の処方