守谷OLS4-2

情報提供書（Ｉ）

骨粗鬆症連携（歯科処置後返書）　[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　□その他（　　）

紹介目的

上記診断のため　　を処方する予定です。

年　　月より投与しております。

□顎骨壊死リスクあり　□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に応じて歯科治療をお願い致します。

□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休薬が必要な場合は、その時期・期間等についてご相談ください。

□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

□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　□無し〕

症状・治療経過および検査結果

検査結果（YAM 値　　%　　年　　月　　日測定）

骨吸収抑制剤投与歴　□無し　□あり：薬剤名　　/　　年　　月より開始）

現在の処方