

# 診療情報提供書

骨吸収抑制薬関連顎骨壊死予防のための連携用紙（医⇒歯 紹介）

紹介先医療機関名

担当医師

科

殿

令和

年

月

日

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号(FAX)

診療科名

医師氏名

印

フリガナ

患者氏名

殿

性別 男・女

患者住所

電話番号

生年月日

明・大・昭・平

年

月

日 ( ) 歳

職業

## 【傷病名】

#1  骨粗鬆症 ・  腫瘍性疾患による骨病変 ( )

#2

## 【紹介目的】

顎骨壊死予防のための御評価・御指導、および必要に応じ貴科的治療

## 【既往歴及び家族歴】

脆弱性骨折(あり なし)：

顎骨壊死のリスク因子：DM(あり なし)・ステロイド(あり なし)・RA(あり なし)

その他：

## 【検査結果・病状経過・治療経過】

骨密度検査 DXA (MD・QUS)：YAM % ( SD) (測定部位 )

## 【依頼内容】 上記疾患に対して、

骨粗鬆症治療薬 

( <input type="checkbox"/> ビスホスホネート製剤 <input type="checkbox"/> デノスマブ <input type="checkbox"/> ロモソズマブ )	による治療を	( <input type="checkbox"/> 行う予定の <input type="checkbox"/> 行っている )	患者様です。		

つきましては、口腔内の衛生状態および外科的処置の必要性について御評価をお願いします。

また、口腔ケアの御指導、必要に応じ貴科的治療をお願い申し上げます。

## 【現在の処方】 (骨吸収抑制薬またはロモソズマブの場合は投与期間を記載)

## 【備考】

顎骨壊死の危険性を説明しました。

口腔ケアの重要性について説明しました。