

診療情報提供書（医科歯科連携用） 医科→歯科

ARONJ(骨吸収抑制剤関連顎骨壊死)予防のための連携用紙

平成 年 月 日

医療機関名 _____

診療科 _____ 科

先生御机下

所在地及び
医療機関名称
電話番号
FAX 番号

患者氏名 _____ 様

性別 _____

医師氏名 _____ 印

生年月日 明大昭平 年 月 日 (歳)

患者住所 〒 _____

電話番号 _____

傷病名 骨粗鬆症
(主訴)

紹介目的
骨粗鬆症の治療に当たり、デンタルチェックならびに必要なに応じて歯科治療をお願いします。

既往歴・家族歴

現病歴・現症状・検査結果・治療経過

骨粗鬆症の（治療開始予定・治療中）です。薬剤関連性顎骨壊死（ARONJ）の予防のため、デンタルチェック並びに治療必要な場合は治療優先していただきたく、御高診のほどよろしくお願い申し上げます。

骨粗鬆の状態は（軽度・中等度・重度・切迫骨折）状態です。

骨吸収抑制剤投与に猶予（約3ヶ月）があります

本剤投与の開始を遅らせた方がよ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

骨折リスクが高く早急に治療開始したいと思います。緊急を要する外科的治療以外は、骨粗鬆治療を優先させていただけるようご配慮をお願いします。

現在の処方

備考