

# 診療情報提供書（医科歯科連携用） 医科→歯科（返信）

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  
現在の骨粗鬆の治療について、回答いたします。

既往歴・家族歴

現病歴・現症状・検査結果・治療経過

現在骨粗鬆症の治療中です。骨粗鬆の状態は（軽度・中等度・重度・切迫骨折）状態です。

骨吸収抑制剤を使用（ヶ月）です。  
使用薬剤

骨吸収抑制剤以外の薬剤で治療中です。  
使用薬剤

骨粗鬆治療を継続しながら、歯科治療していただく様にお願いします。

備考

脆弱性骨折の既往 なし あり（大腿骨頸部 腰椎 その他）

骨密度 YAM（%）  超音波法  DEXA（腰椎、大腿骨 橈骨）

その他検査結果