

診療情報提供書（医科歯科連携用） 歯科→医科

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
(主訴)

紹介目的

- 歯科侵襲治療（抜歯等）予定です。骨粗鬆の治療につき現在の状況などご教授お願いします。
 パノラマ撮影で骨粗鬆症が疑わしいです、骨密度など精査並びに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

年 月 日に、以下の歯科侵襲治療を実施（しました／する予定です）。

- 抜歯 歯周外科治療 インプラント その他（ ）

上記歯科治療に際し、ARONJのリスクに対するインフォームドコンセントを実施しました。

今後の ARONJ および骨折リスクの双方をご評価いただき、必要に応じて骨粗鬆症治療のご検討をお願いします。

備考

①紹介先医療機関