

骨粗鬆症医科歯科連携診療情報提供書（医科→歯科連携開始時）

患者氏名		生年月日	年	月	日
住 所		電話番号			

20 年 月 日 上記患者の骨粗鬆症医科歯科連携をお願いいたします。

医科医療機関		⇒	歯科医療機関	
住 所			住 所	
電 話 番 号			電 話 番 号	
医 師			歯 科 医 師	先生
診 断	<input type="checkbox"/> 骨量減少 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 重症骨粗鬆症			
既 存 骨 折	<input type="checkbox"/> 大腿骨近位部 <input type="checkbox"/> 椎体 <input type="checkbox"/> その他の脆弱性骨折			
現在の治療	<input type="checkbox"/> 治療開始前 <input type="checkbox"/> 年 月治療開始			
ARONJ リスクのない薬剤	年 月 ~ 年 月（現在使用中）			
薬剤名				
ARONJ リスクのある薬剤	年 月 ~ 年 月（現在使用中）			
薬剤名				
今後の治療	<input type="checkbox"/> ARONJ リスクのある薬剤（ ）を使用したい <input type="checkbox"/> 現在の投薬（ARONJ リスクあり）を継続したい			
リスクのある薬剤の必要性	<input type="checkbox"/> 待機・変更可 <input type="checkbox"/> すぐに使用必要 <input type="checkbox"/> ぜひすぐに使用必要			
ARONJ リスク因子	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> がんの化学療法 <input type="checkbox"/> あご周辺への放射線治療 <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> 血管新生阻害薬 <input type="checkbox"/> 免疫抑制薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 腎透析 <input type="checkbox"/> 副甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> アルコール摂取 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 義歯不適合			
治療中の疾患				
既 往 歴				
備 考	血液検査結果など			

20 年 月 日 骨粗鬆症医科歯科連携につき、下記の通り回答します。

歯科医療機関		⇒	医科医療機関	
歯 科 医 師			医 師	先生
診 断	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 歯周病（軽度、中等度、重度） <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯の根尖の炎症 <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
口腔内の清掃状態	<input type="checkbox"/> 著しく不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 良好			
現在の治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 口腔内管理フォロー中			
今後の治療	<input type="checkbox"/> 抜歯が必要 <input type="checkbox"/> 口腔内衛生指導 <input type="checkbox"/> 定期フォロー <input type="checkbox"/> 受診予定（ ）か月に1回程度			
リスクある薬剤の投与	投与前： <input type="checkbox"/> 現在投与可能 <input type="checkbox"/> 抜歯などの処置終了後投与可能 投与中： <input type="checkbox"/> 了解した <input type="checkbox"/> ARONJ リスクが極めて高く薬剤の変更を検討していただきたい（理由： ）			
備 考				