

骨粗鬆症医科歯科連携診療情報提供書（歯科→医科連携開始時）

患者氏名		生年月日	年	月	日
住 所		電話番号			

20 年 月 日 上記患者の医科歯科連携をお願いいたします。

歯科医療機関		⇒	医科医療機関	
住 所			住 所	
電 話 番 号			電 話 番 号	
歯 科 医 師			医 師	先生
診 断	<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			
今後の歯科治療の予定	<input type="checkbox"/> 抜歯が必要 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
ARONJ リスクのある薬剤の投与について	上記にて治療中の患者さんです。現在の貴院における骨粗鬆症治療などにつきご教授ください。			
備 考				

20 年 月 日 医科歯科連携につき、下記の通り回答します。

医科医療機関		⇒	歯科医療機関	
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"/> 今後 ARONJ リスクのある薬剤投与の予定なし <input type="checkbox"/> 現在 ARONJ リスクある薬剤投与を行っており、継続予定 <input type="checkbox"/> 今後（ 年 月頃）、ARONJ リスクのある薬剤投与を予定			
リスクのある薬剤の必要性	<input type="checkbox"/> 中止・変更可 <input type="checkbox"/> 使用必要 <input type="checkbox"/> ぜひ使用必要			
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			
備考（既往歴・治療中の疾患・血液検査結果など）				