

骨粗鬆症医科歯科連携情報提供書（医科→歯科連携中）

患者氏名		生年月日	年	月	日
住 所				電話番号	
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	

20 年 月 日 医科歯科連携中の上記患者につき報告いたします。今後の貴科の診療に関する情報提供をお願いいたします。

□	投薬について	薬剤名(内服・注射)				
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 上記の投薬を開始しました			
		<input type="checkbox"/> 上記の投薬を中止しました	<input type="checkbox"/> 上記のように投薬を変更しました			
		<input type="checkbox"/> 投薬の変更を依頼いただきましたが、現在の投薬を継続いたします 理由：				
□	ARONJ 疑いの症状あり	<input type="checkbox"/> 歯ぐきやあごが腫れてきた・痛い <input type="checkbox"/> 下くちびるがしびれた感じがする				
		<input type="checkbox"/> 歯ぐきに白色あるいは灰色の硬いものが出てきた、				
		<input type="checkbox"/> 抜歯後の治りがよくない <input type="checkbox"/> 歯がぐらついてきて自然に抜けた				
		ARONJ リスクのある薬剤の投与歴				
		薬 剤 名				
		投与期間	年 月	～	年 月 (現在使用中)	
□	その他					

20 年 月 日 医科歯科連携中の上記患者につき回答いたします。

歯科医療機関		⇒	医科医療機関		
歯 科 医 師			医 師	先生	
□	投薬について	<input type="checkbox"/> 了解いたしました。			
		<input type="checkbox"/> 今後の投薬、歯科治療について電話で相談させていただきます			
		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		
	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			
□	ARONJ の疑いについて	診 断	<input type="checkbox"/> ARONJ でないと診断 <input type="checkbox"/> ARONJ が疑われる		
			<input type="checkbox"/> ARONJ と診断		
		予 定	<input type="checkbox"/> 当院で治療 <input type="checkbox"/> () 病院口腔外科紹介		
		依 頼	<input type="checkbox"/> ARONJ リスクのある薬剤を継続していただいてよい		
<input type="checkbox"/> ARONJ リスクのある薬剤を中止・変更してください					
		<input type="checkbox"/> その他			
□	その他				