

骨粗鬆症医科歯科連携情報提供書（歯科→医科連携中）

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所				電話番号	
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		

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。

□ 抜歯	□ 実施予定	年 月 日 抜歯（本）
		□ しました □ 予定しています
□ 抜歯	□ 依頼	<input type="checkbox"/> ARONJ リスクのある薬剤の投与をお待ちいただいておりますが、抜歯後状態は落ち着きましたので投与開始していただいております <input type="checkbox"/> 抜歯後 ARONJ リスクある薬剤の中止・変更は不要です <input type="checkbox"/> ARONJ リスクが高い状態です。ARONJ リスクある薬剤の中止・変更につきご検討ください。 （理由： ） <input type="checkbox"/> 抜歯後状態が落ち着き連絡するまで
□ ARONJ 発症あるいは疑い	□ 発症	年 月 日
	□ 予定	<input type="checkbox"/> 当院で治療 □（ ）病院口腔外科紹介
	□ 依頼	<input type="checkbox"/> ARONJ リスクのある薬剤を中止・変更してください
□ ARONJ 治癒	治癒年月日	年 月 日
	ARONJ リスクの薬剤	<input type="checkbox"/> 骨折リスクが高い場合、投薬の再開をご検討ください <input type="checkbox"/> ARONJ 再発リスクが高く、引き続き中止をお願いします
□ 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。

医科医療機関	⇒	歯科医療機関	
医師		歯科医師	先生
□ 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：		
□ その他			