

骨粗鬆症早期発見のための連携用紙

歯科⇒医科

<紹介先医療機関名>

科	先生
---	----

<紹介元医療機関>

所在地 :

名称 :

電話番号 :

医師氏名 :

印

フリガナ	
患者氏名	殿
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒
電話番号	TEL : ()
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)
職業	

上記患者殿は当院でのパノラマレントゲンにて骨粗鬆症が疑われました。
つきましてはご高診、ご精査のほどよろしくお願い致します。
当院での診療状況は下記の通りです。

- 歯科疾患の治療開始前です。
- 歯科疾患の治療中です。
- 歯科疾患の治療は終了し、口腔管理・口腔ケア継続中です。

なお、骨粗鬆症の治療において、骨吸収抑制薬（ビスフォスフォネート薬および抗 RANKL 抗体薬）を使用される場合は、MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）予防のために口腔管理・口腔ケアが大切であることをご指導頂きますとともに、その投与に関しましては、当院にご一報頂ければ幸いです。

備考 :