様式２

MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）予防のための連携用紙　医科⇒歯科

＜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	□男　□女
患者住所	〒
電話番号	TEL：　（　　）
生年月日	□明　□大　□昭　□平　□令　年　月　日　（　歳）
職　　業	

上記患者殿には、〔 骨粗鬆症 ・ がん治療 〕のため

〔　　〕を １．投与する予定です。(＿＿月＿＿日～)

２．＿＿＿年＿＿月＿＿＿日より投与済みです。

つきましては MRONJ 予防のため顎口腔領域についてご評価頂き、口腔ケアならびに必要に応じて歯科治療をお願い致します。当院での診療状況は下記の通りです。

□　（ 骨吸収抑制薬 ・ 抗血管新生薬・ その他 ）投与に猶予があります。

本薬投与の開始を遅らせた方がよい場合または休薬が必要な場合は、その時期・期間等についてご相談ください。

□　（ 骨吸収抑制薬 ・ 抗血管新生薬・ その他 ）投与が早急に必要・休薬不可です。

原疾患の進行状況から本薬投与を優先させたいと思いますのでご配慮お願い致します。

備考：