

MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）予防のための連携用紙

歯科⇒医科

(返信用)

<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	

この度は、上記患者殿の MRONJ 予防のために当院へご紹介頂きありがとうございます。
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 ・ 治療中〕です。

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）、抗血管新生薬、その他薬剤の投与を待てない状況とのことです。早急に口腔内の感染源除去を行っていきます。MRONJ 予防のための歯科治療および口腔ケアの大切さの指導もよろしくお願い致します。

歯科疾患の〔治療開始前 ・ 治療中〕です。

骨吸収抑制薬、抗血管新生薬、その他薬剤の投与に猶予があるとのことです。治療終了まで約____週間 骨吸収抑制薬等の投与をお待ち頂ければ助かります。

歯科疾患の治療は終了し、口腔ケア継続中です。

骨吸収抑制薬、抗血管新生薬、その他薬剤の投与を待つ必要性は無いと思われま。MRONJ 予防のための口腔ケアの大切さの指導もよろしくお願い致します。

備考 :