

診療情報提供書

骨吸収抑制薬関連顎骨壊死予防のための連携用紙（医⇒歯 返信）

紹介先医療機関名

担当医師

科

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号(FAX)

診療科名

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 | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | () | 歳 | 職業 | | |

| |
|---|
| 【傷病名】 #1 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ・ <input type="checkbox"/> 腫瘍性疾患による骨病変 () #2 |
|---|

| |
|------------------------------|
| 【紹介目的】 問い合わせに対する回答 |
|------------------------------|

| |
|---|
| 【既往歴及び家族歴】 脆弱性骨折(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)： 顎骨壊死のリスク因子：DM(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)・ステロイド(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)・RA(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) その他： |
|---|

| |
|---|
| 【検査結果・病状経過・治療経過】 骨密度検査 DXA (MD・QUS)：YAM % (SD) (測定部位) |
|---|

| |
|--|
| 【治療内容】 上記疾患に対して、 骨吸収抑制薬 <input type="checkbox"/> ビスホスホネート製剤 <input type="checkbox"/> デノスマブ による治療を <input type="checkbox"/> 行っています。 <input type="checkbox"/> 行っていました。 <input type="checkbox"/> 行っていません。 |
|--|

| |
|---|
| 【現在の処方・処方履歴】 (骨吸収抑制薬の場合は投与期間を記載) |
|---|

| |
|---|
| 【コメント】 <input type="checkbox"/> 骨吸収抑制薬の休薬は可能です。 <input type="checkbox"/>月.....日より休薬します。 貴科的治療が終了しましたら骨吸収抑制薬を再開しますのでご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 骨吸収抑制薬の休薬は不可です。 理由： |
|---|