

診療情報提供書 (医科歯科連携)

紹介先医療機関名：

担当医師： 科 先生

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号： FAX：

医師氏名： 印

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】
<p>【御報告】</p> <input type="checkbox"/> 定期的な口腔衛生管理を行います <input type="checkbox"/> 必要に応じての歯科治療を行います <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症治療を行う上で、顎骨壊死のリスクとなる歯科疾患は現在ありません
【既往歴及び家族歴】
<p>【治療経過・予定】</p> <input type="checkbox"/> 年 月 日に、(1. 口腔ケア・2. 以下の歯科治療) を実施・終了しました。 <input type="checkbox"/> 年 月 日～ 年 月 日に以下の (1. 口腔ケア・2. 以下の歯科治療) を実施予定です。 <p>【内容】(<input type="checkbox"/> 休薬は不要 <input type="checkbox"/> 口腔内状態不良で下記処置予定にて骨吸収抑制剤4年間投与、またはその他リスク因子が多くありますので、3ヶ月間休薬か薬剤変更を御検討お願いします。)</p> <input type="checkbox"/> 抜 歯 <input type="checkbox"/> 歯周病治療 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 義歯治療 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 上記歯科治療に際し、骨吸収抑制剤関連顎骨骨髄炎のリスクに対するインフォームドコンセントを実施しました。 <p>現在、骨吸収抑制剤関連顎骨骨髄炎の発現はみられていません。今後の骨髄炎および骨折リスクの双方をご評価いただき、必要に応じて骨粗鬆症の治療のご検討をお願いします。また、定期的な口腔ケアのための受診案内もお願いいたします。</p>
【現在の処方】
【備 考】