　　　　　　　医科歯科連携診療情報提供書

FAX ：　　　　　　　　 　電話：

　　　　　　　　　　　　歯科医院

　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

　　年　　月　　日

　　　　　　　　紹介元医療機関の所在地及び名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

フリガナ：

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：　男　・　女

患者住所：

電話番号：

生年月日：明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

|  |
| --- |
| 病名　　1：□ 骨粗鬆症（ □ 脆弱性骨折あり　□ 骨密度低下　□ その他）  　　　　2：□ 糖尿病　　　　　　　　 3：□ 慢性腎臓病  　　　　4：□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 紹介目的：  1：上記疾患に対して、骨粗鬆症治療薬（□ビスホスホネート製剤・□デノスマブ）  による治療を（□行う予定の・□行っている；治療期間は□4年以上、□4年未満、  □不明）患者様です。  2：上記疾患に対して、治療を（□行っている・□行う予定の）患者様です。  3：上記疾患に対して、治療を（□行っている・□行う予定の）患者様です。  4：上記患者様です。  つきましては、下記の2項目における評価をお願い致します。   1. **抜歯が必要な歯の有無** 2. **口腔内環境（衛生状態）**   尚、口腔ケアの重要性については、当方からも指導致します。宜しくお願い申し上げます。 |
| コメント   * 顎骨壊死のリスクを説明しました |

遠賀中間医師会・遠賀中間歯科医師会　2019年5月1日作成