

診療情報提供書 (医 → 歯)

年 月 日

病院 医院
科
先生御侍史

病院 医院
科
Tel
FAX

患者氏名 _____ 様 MTS 年 月 日生 _____ 才 男・女

住所 _____ 市

現在の疾患名 骨粗鬆症 関節リウマチ その他 ()

現在投与中の骨粗鬆症治療薬 _____ 投与開始日 _____ 年 月 日

既往歴 (顎骨壊死の全身的リスクファクター)

- 重度の骨粗鬆症 悪性疾患の治療中 糖尿病 ステロイド服用 透析
- 認知症 喫煙 その他 ()

依頼目的

- 骨粗鬆症に対してビスフォスフォネート剤や抗 RANKL 抗体を導入するにあたり口腔内の御高診をお願いします。結果をお知らせください。
- 骨粗鬆症治療薬を投与中ですが、顎骨壊死とは関係のない薬剤です。歯科治療の開始、あるいは継続をお願いします。
- ビスフォスフォネート剤や抗 RANKL 抗体を投与中です。口腔内トラブルがあるようですので御高診をお願いします。顎骨壊死が疑わしい場合には休薬を考慮しますので御連絡下さい。

返信 (歯 → 医)

診断名 _____

治療予定 抜歯 歯周病治療 う蝕治療 義歯治療 顎骨壊死治療
 その他 ()

- 今後、上記診断にて加療を行います。休薬は不要です。
- 今後、上記診断にて加療を行います。ビスフォスフォネート剤や抗 RANKL 抗体の休薬 (顎骨壊死の予防的休薬、 顎骨壊死の治療的休薬) の考慮をお願いします。
- 今後、上記診断にて加療を行います。ビスフォスフォネート剤や抗 RANKL 抗体を速やかに導入できるよう努力いたします。骨粗鬆症治療薬の開始可能な時期については後日ご連絡いたします。
- 今後、上記診断にて加療を行います。歯科治療を行いながらビスフォスフォネート剤や抗 RANKL 抗体の導入には問題はないと判断します。顎骨壊死が疑わしい場合にはお知らせします。

治療終了後、連絡いたします。尚、治療終了後、定期的 Follow up を行います。

以上返信いたします。

年 月 日
病院 医院
科

Tel
FAX