

診療情報連携共有に係る照会 ( 歯 → 医 )

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  う歯  歯周病  義歯不具合  顎骨壊死  
 その他( \_\_\_\_\_ )

口腔衛生状態： 良、普通、不良

上記診断にて、治療が必要です。

御多忙のところ恐縮ですが、以下の点で御教示をお願い致します。

【  現在の疾患名  既往歴  現在の薬  休薬の可否  その他 】

備考 【 \_\_\_\_\_ 】

返信 ( 医 → 歯 )

現在の疾患名  
 骨粗鬆症  関節リウマチ  その他 ( \_\_\_\_\_ )

既往歴  
 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 ( \_\_\_\_\_ )

現在投与中の薬  
 ビスフォスフォネート剤 (  経口  注射 開始日 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_ )  
 抗 RANKL 抗体 ( 開始日 \_\_\_\_\_ 前回投与日 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_ )  
 PTH 製剤 ( 開始日 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_ )

ビス剤、抗 RANKL 抗体の「予防的」休薬の可否 (顎骨壊死のリスクが高い場合)  
 休薬可能  休薬不可能  他剤への変更  要相談

ビス剤、抗 RANKL 抗体の「治療的」休薬の可否 (顎骨壊死の場合)  
 休薬可能  休薬不可能  他剤への変更  要相談

その他  
( \_\_\_\_\_ )

以上返信いたします 年 月 日

病院 医院  
科  
Tel  
FAX