**診療情報連携共有書（医科から歯科への報告）**

**年　　月　　日**

**提供先医療機関名**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

患者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：男　・　女

生年月日：　　　　　年　　　月　　　日　　　　　才

連絡先：　TEL

骨粗鬆症治療に関するお問い合わせをいただきありがとうございます。以下に検査結果、投薬内容等を報告します。

・現在、治療は（□　継続中　　□　一時中断　　□　中止 □　終了）の状態です。

現在までの治療薬は

　骨吸収抑制剤　□　ビスフォスフォネート製剤

　　　年　　月～　　年　　月（内服・静注）

年　　月～　　年　　月（内服・静注）

* 抗ランクル抗体　　　　　　　 年　　月～　　年　　月
* サーム製剤　　　　　　　　　 年　　月～　　年　　月
* 年　　月～　　年　　月

骨形成促進剤　□　PTH製剤　　　　　　　　　　年　　月～　　年　　月

　その他　　　　□ VitD　　　　　　　　　　　　 年　　月～　　年　　月

　 □　　　　　　　　　　　　　　 年　　月～　　年　　月

・患者さんの骨吸収製剤関連顎骨壊死の骨吸収抑制薬以外のリスク因子

　□　がん、糖尿病、関節リウマチ、低Ca血症、副甲状腺機能低下症、骨軟化症、

ビタミンD欠乏、腎透析、貧血、骨パジェット病

　□　喫煙、飲酒、肥満

・侵襲的歯科治療について（抜歯、インプラント、その他）

　□　問題ないです。

　□　患者による口腔清掃、歯科医師による口腔管理

　□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・検査結果　　Ca P

顎骨壊死等発生の際はお知らせください。

保険医療機関名　　　　　　　　　　　　　　担当医師名

問い合わせ窓口　TEL