

骨粗鬆症診療情報提供書

年 月 日

歯科医療機関 医療機関の名称 \_\_\_\_\_  
歯科診療所名 医療法人社団 河底歯科・矯正歯科 \_\_\_\_\_ 科  
所在地 広島県福山市三吉町2丁目14-8 Tel. \_\_\_\_\_ (内線: \_\_\_\_\_)  
Tel. 084-931-0041 Fax 084-931-0093 Fax \_\_\_\_\_  
河底 晴紀 先生侍史 医師名 \_\_\_\_\_ 印

患者氏名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 ( <input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 ) 年 月 日 ( 歳 )
患者住所 〒 _____ 市郡村 _____ 町 _____	電話番号 : _____ 職業 : _____
傷病名	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> がん骨転移 ( 癌腫 : _____ ) <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
既往歴及び家族歴	<input type="checkbox"/> 脆弱性骨折(部位 : _____ ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ステロイド使用 ( <input type="checkbox"/> あり : 現在 mg _____ <input type="checkbox"/> 使用歴あり <input type="checkbox"/> なし )
紹介目的	<b>上記診断のため、下記の薬剤を</b> ◀ <input type="checkbox"/> 処方を予定、 <input type="checkbox"/> 年 月頃より処方▶しております。▶ <b>顎骨壊死リスクあり</b> <span style="float: right;"><b>顎骨壊死リスクなし</b></span> <input type="checkbox"/> BP 経口製剤 <input type="checkbox"/> BP 注射製剤 <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> SERM <input type="checkbox"/> ホルモン製剤 <input type="checkbox"/> 抗 RANKL 製剤 <input type="checkbox"/> 抗スクレロスチン製剤 <input type="checkbox"/> Ca 製剤 <input type="checkbox"/> PTH 製剤  つきましては顎骨壊死予防のため顎口腔領域についてご評価いただき、口腔ケアならびに必要な応じて歯科治療をお願いいたします。  <input type="checkbox"/> 骨吸収抑制剤投与に猶予があります。 本剤投与の開始を遅らせた方が良い場合、また休薬が必要な場合は、その時期・期間等についてご相談ください。 <input type="checkbox"/> 骨吸収抑制剤が◀ <input type="checkbox"/> 早急に投与必要 ・ <input type="checkbox"/> 休薬不可▶です。 原疾患の状況から本剤投与から優先させたいと思いますのでご配慮をお願いいたします。
症状・治療経過 および 検査結果	
現在の処方	
その他	