**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　　　　　　[ ] 男　[ ] 女　　　 | 生年月日（[ ] 明・[ ] 大・[ ] 昭・[ ] 平・[ ] 令）　年　　月　　日（　　歳） |
| 患者住所　　〒　　　　県　　　　　市郡村　　　　町 | 電話番号：職業： |
| 傷病名 | 　[ ] 骨粗鬆症　　[ ] がん骨転移（癌腫：　　　）　　[ ] 関節リウマチ　　[ ] 自己免疫疾患　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴及び家族歴 | 　[ ] 脆弱性骨折(部位：　　)　　[ ] 糖尿病　　[ ] 間質性肺炎　　[ ] その他（　　　　　　　　）　　ステロイド使用（　[ ] あり：現在　　mg　　[ ] 使用歴あり　　[ ] なし） |
| 紹介目的 | 上記診断のため、下記の薬剤を≪　[ ] 処方を予定　、　[ ] 　　年　　月頃より処方≫しております。≫顎骨壊死リスクあり　　　　　　　　　　　　　顎骨壊死リスクなし　[ ] BP経口製剤　　[ ] BP注射製剤　　　　　　　[ ] ビタミン剤　　[ ] SERM　　[ ] ホルモン製剤　[ ] 抗RANKL製剤　[ ] 抗スクレロスチン製剤　　 [ ] Ca製剤　　　 [ ] 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に応じて歯科治療をお願いいたします。　[ ] 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。　[ ] 骨吸収抑制剤が≪　[ ] 早急に投与必要　・　[ ] 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 |  |