

診療情報等連携共有書

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称：

電話番号：

歯科医師名：

患者氏名			
患者住所		性別	男・女
電話番号			
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	(歳) 職業

傷病名：骨粗鬆症疑い
紹介目的： 骨粗鬆症の状態、服薬状況ならびに抜歯に際して留意すべき事項等のご教示 平素より大変お世話になっております。患者様はう蝕の処置希望で当院を受診され、後日外来にて局所麻酔下での抜歯処置(手術時間 20 分程度)を予定しております。患者様には骨粗鬆症の既往があり、現在貴院整形外科に通院中と伺っておりますが、現在の骨粗鬆症のご状態、および抜歯時の注意事項等がございましたらご教示いただければ幸いです。なお万が一、術後に薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)を発症した際には、改めてご相談させていただく場合があるかと存じます。その折には何卒よろしくお願い申し上げます。
既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考