

診療情報提供書

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： 骨粗鬆症の精査 いつもお世話になっております。当院では撮影したパノラマX線で骨粗鬆症のスクリーニングを行っております。先日、パノラマX線を撮影したところ骨粗鬆症を疑う所見がございました。つきましては、貴科での御高診をお願いする次第です。 現在当院では、1カ月毎の歯周病治療・管理や義歯も含めた噛み合わせの管理を行っていますが、状態によっては、浸潤麻酔下での歯周外科処置や抜歯が必要になる可能性もございます。当院では患者様の健康寿命延伸のために、口腔機能管理や食事指導も含め出来ることを行っていきたいと考えております。今後も情報共有させていただければ幸いです。
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