

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：関節リュウマチ 歯科疾患：う蝕、歯周病
紹介目的： 現在のリュウマチ疾患の活動性や全身状態、ならびに抜歯時の注意事項のご教示 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、来週にも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。患者様には関節リュウマチの既往があり現在貴院で加療中と伺っております。内服中のリウマトレックス®(メトレキサート:MTX)は週 12.5mg 以下の用量ですので、ガイドラインに従い休薬せず抜歯を行う計画です。また併せてプラリア®(デノスマブ:低用量製剤)を 1 年間継続中と伺いましたが、こちらも継続したまま処置を行う予定です。現在のリュウマチ疾患の活動性や全身状態、ならびに処置時の注意事項につきご高察いただければ幸いです。術後に万一 MRONJ を発症した際には再度ご相談させていただくこともあるかと存じますので、その際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