顎骨壊死予防のための連携用紙（歯科⇒医科）

＿＿＿＿＿＿＿医院・クリニック

＿＿＿＿＿＿＿先生

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

歯科医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

歯科医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　女　　　　　年齢 |

|  |
| --- |
| 傷病名　○齲(むし)歯　　　　　　　 ○歯周病 　 〇その他部位部位 |
| 紹介目的 1.　上記患者は外科的処置が必要です。以下についてご教示いただければ幸いです。　　　　　　休薬の可ないし不可についてもご教示お願い申し上げます。①　骨密度　②過去の骨折歴③　BP製剤、デノスマブの投与歴　④リスクファクターの有無2. 骨粗鬆症の疑い（口腔内X線画像による） 3.　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医科からの返事　上記患者についてご回答申し上げます。医科傷病名　○骨粗鬆症　○骨密度低下1. 骨密度（YAM　　　　　％）評価部位（　　　　　　）（　　　　年　　　月）
2. 過去の骨折歴　椎体骨折（　　　　　　　）大腿骨頸部骨折（－・+）

橈骨遠位端骨折（－・+）　肋骨骨折（－・+）上腕骨近位端骨折（－・+）　1. BP製剤、デノスマブの投与歴

BP　＿＿＿＿＿＿＿　　　　　年　　月～　　　年　　月　デノスマブ　　　　　　　　　年　　月～　　　年　　月1. リスクファクター

　　DM（糖尿病）（－、+）　ステロイド投与（－、+）　RA（関節リウマチ）（－、+）　大腿骨頸部骨折の家族歴（－、+）その他 |
| コメント |
| 医科傷病名とご返事にご記入の上、ご返事の診療情報提供書に添付していただければ幸いです。（申し訳ありませんが貴院でもコピーして保存してください。）休薬　〇可　〇不可不可の理由 |