顎骨壊死予防のための連携用紙（医科⇒歯科）

＿＿＿＿＿＿＿歯科医院

＿＿＿＿＿＿＿先生

＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

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

|  |
| --- |
| 傷病名　　○骨粗鬆症（○新鮮骨折あり　○既存骨折あり　〇既存骨折なし）  ○骨密度低下 |
| 紹介目的　　上記患者に対し、骨粗鬆症治療薬（○ビスホスホネート、〇デノスマブ  〇ロモソズマブ）による治療を（〇行っている・〇行う予定の）患者です。下記の２項目における評価をお願いしたいと思っています。（投与期間　　　　　　　　　　　　）   1. 外科的処置の必要性　②　口腔内環境（衛生状態） |
| ＹＡＭ　　％（測定部位　　　　　）PINP 　　TRACP-5ｂ　　intact PTH  Risk Factor　ＤＭ（－、+）ステロイド投与（－、+）ＲＡ（－、+）  椎体骨折（ ）大腿骨頸部骨折（－、+）大腿骨頸部骨折の家族歴（－、+）　〇顎骨壊死のリスクを説明しました |
| 紹介に対するご返事  上記患者に対し、歯科的評価を行いましたのでご報告申し上げます。  　傷病名　○齲(むし)歯　　　　　　　　　　　　○歯周病  部位  部位  〇正常（特記事項なし）　〇その他（　　　　）  ①　外科的処置の必要性　　　〇必要あり　　〇必要なし  ②　口腔内環境（衛生状態）　　〇良い　〇少し悪い　〇非常に悪い（　　　　　　　） |
| コメント |
| 紹介に対する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。）  （投薬前の場合、外科的処置の必要性がなければ投薬開始します。）  尚、当該薬剤使用中(特に外科的処置が必要な場合)の口腔ケアの重要性についてご指導いただければ幸いです。（当方からも指導いたします。）  また今後も定期的な歯科点検、お願いいたします。  （自覚症状が無くても3～6か月に１度は受診するように勧めています）  よろしくご高配のほどお願いいたします。  北九州臨床整形外科医会　北九州市歯科医師会（2017.9制定、2022.10改正） |