診療情報提供書(Ⅰ)　　医 → 歯（歯科検診用）

　　　　　　　　歯科医院・歯科クリニック

　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　紹介元医療機関の所在地及び名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 　 　　　　　　　　　印

フリガナ：

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　男　・　女

生年月日　明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

|  |
| --- |
| 病名：骨粗鬆症　　　　　　　　　　　　　 |
| 骨粗鬆症治療薬剤投与前の歯科検診をお願い致します。◦使用予定薬剤　 　□　ビスホスホネート製剤　　　　□　デノスマブ　　□　その他（　　　 　 ）◦顎骨壊死の危険因子　 　□　なし　　 　 □　癌　　　□　腎透析　　□　糖尿病　　□　ステロイド　　 □ 喫煙　　□　飲酒　　 □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）◦骨折リスク（YAM値　　　　％）　 　□　高い　 □　高くない  |
| コメント： |