診療情報提供書 (Ⅱ) 医 → 歯（返事用）

　　　　　　　歯科医院・歯科クリニック

　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　報告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 |
| ◦ビスホスホネート製剤使用期間  □　4年未満　　□　4年以上  ◦顎骨壊死の危険因子  　 　□　なし  　□　癌　　　□　腎透析　　□　糖尿病　　 □　ステロイド  　 　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）    ◦骨折リスク（YAM値　　　　％）  　 　□　高い　 □　高くない |
| ビスホスホネート製剤休薬について  骨吸収抑制薬関連顎骨壊死に対するポジションペーパー（2016年）に従い、  この患者様は  　 □　原則として休薬できない　 □　休薬が可能（2ヶ月程度）  □　それ以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　と思われます。  ご不明な点がございましたらご連絡下さい。どうぞよろしくお願いいたします。 |
| コメント： |