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： |