診療情報提供書(Ⅱ)　歯 → 医

　　　　　　　　　　　　　病院・医院・クリニック

　　　　 科　　　　　　　　　　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　歯科医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　□齲歯　□歯周炎　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◦上記患者に対して、下記歯科処置を行う予定です  □抜歯　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ◦歯科治療に要する期間  □概ね１ヶ月以内　　□概ね２ヶ月以内　□それ以外（　　　　　　　　）  　　　◦ビスホスホネート製剤の休薬期間  □２－３週間　　□2ヶ月程度　　□それ以外（　　　　　　　　　）  休薬が必要となる可能性があります  つきましては骨粗鬆症治療薬継続の検討をよろしくお願いいたします。 |
| コメント： |