

診療情報提供書（医科歯科連携）

紹介先医療機関名：

担当医師： 科 先生

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号： FAX：

診療科名：

医師氏名： 印

患者氏名：	殿	性別：	男・女
患者住所：		電話番号：	
生年月日：	明・大・昭・平	年	月 日（ ）歳 職業：

【傷病名】
 1. 骨粗鬆症、2. 骨転移、3. その他（ ）

【紹介目的】
 1) 口腔の評価、2) 必要に応じての歯科治療、3) 定期的な口腔ケア のお願い

【既往歴及び家族歴】

【病状経過及び検査結果と依頼内容】
 （ 骨粗鬆症 ・ がんの骨転移 ） のため、骨吸収抑制剤 _____ を
 投与方法（1. 経口 2. 静注 3. 皮下注）で（ 1. 投与を予定、 2. _____ 年 _____ 月頃より投
 与 ） しております。
 本症例は
 骨吸収抑制剤投与に猶予があります。
 本剤投与の開始を遅らせた方がよい場合または休薬が必要な場合は、その時期・期間等について
 ご相談ください。
 骨吸収抑制剤が（早急に投与必要・休薬不可）です。
 原疾患の状況から本剤投与を優先させたいと思いますのでご配慮をお願いします。
 上記において、1) 口腔の評価、2) 必要に応じての歯科治療、3) 今後継続した定期的な口腔ケア
 をお願いいたします。

【現在の処方】

【備考】