**診療情報提供書（ 医 → 歯 ）**年　　　月　　 日

**（高岡M&Dネット　Ver.2.3）**

　　　　　　　　病院　医院　　　 　　　　　　 病院　医院

 科　　　　　　　　　　　　　　　　　　 科

　　　　　　　　　先生御侍史

Tel

 FAX

患者氏名　　　　　　　　　　 様　　　　　M T S　　年　　月　　日生 才　 男・女

住所　　　　　　　 市

**現在の疾患名**□ 骨粗鬆症　□ 関節リウマチ　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

**現在投与中の骨粗鬆症治療薬**　　投与開始日　　　年　　月　　日

**既往歴（顎骨壊死の全身的リスクファクター）**

□ 重度の骨粗鬆症　　□悪性疾患の治療中　　□ 糖尿病 　□ ステロイド服用　　□ 透析

□ 認知症　　□ 喫煙　　□ その他（　　　　　　　　　　　 ）

**依頼目的**

* 骨粗鬆症に対してビスフォスフォネート剤や抗RANKL抗体を導入するにあたり口腔内の

御高診をお願いします。結果をお知らせください。

* 骨粗鬆症治療薬を投与中ですが、顎骨壊死とは関係のない薬剤です。歯科治療の開始、あるいは

継続をお願いします。

* ビスフォスフォネート剤や抗RANKL抗体を投与中です。口腔内トラブルがあるようですので

 御高診をお願いします。顎骨壊死が疑わしい場合には休薬を考慮しますので御連絡下さい。

**返信（ 歯 → 医 ）**

**診断名**

**治療予定**□ 抜歯　□ 歯周病治療　□ う蝕治療　□ 義歯治療　□ 顎骨壊死治療

□ その他（　　　　　　　　　　　 　 ）

□ 今後、上記診断にて加療を行います。休薬は不要です。

□ 今後、上記診断にて加療を行います。ビスフォスフォネート剤や抗RANKL抗体の

休薬（□顎骨壊死の予防的休薬、□顎骨壊死の治療的休薬）の考慮をお願いします。

□ 今後、上記診断にて加療を行います。ビスフォスフォネート剤や抗RANKL抗体

を速やかに導入できるよう努力いたします。骨粗鬆症治療薬の開始可能な時期に

ついては後日ご連絡いたします。

□ 今後、上記診断にて加療を行います。歯科治療を行いながらビスフォスフォネート

剤や抗RANKL抗体の導入には問題はないと判断します。顎骨壊死が疑わしい場合には

お知らせします。

治療終了後、連絡いたします。尚、治療終了後、定期的Follow upを行います。

**以上返信いたします**

　　　　　　 病院　医院

　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 科

Tel

FAX

**診療情報連携共有に係る照会（ 歯 → 医 ）**年　　　月　　 日

**（高岡M&Dネット　Ver.2.3）**

　　　　　　　　病院　医院　　　 　　　　　　 病院　医院

 科　　　　　　　　　　　　　　　　　　 科

　　　　　　　　　先生御侍史

Tel

 FAX

患者氏名　　　　　　　　　　 様　　　　　M T S　　年　　月　　日生 才　 男・女

住所　　　　　　　 市

**現在の疾患名**□ う歯　□ 歯周病　　□ 義歯不具合　　□ 顎骨壊死

　　　　　　　 □ その他( )

**口腔衛生状態：　良、普通、不良**

　　　　上記診断にて、治療が必要です。

　　　　御多忙のところ恐縮ですが、以下の点で御教示をお願い致します。

**【**□ 現在の疾患名　　□ 既往歴　　□ 現在の薬 　□ 休薬の可否　　□ その他　】

備考　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

|  |
| --- |
|  |

**返信（ 医 → 歯 ）**

**️ 現在の疾患名**

□ 骨粗鬆症　□ 関節リウマチ　□ その他（　　　　　　　　　　　 ）

**□ 既往歴**

□ 重度の骨粗鬆症　□ 悪性疾患の治療中　□ 糖尿病　□ ステロイド服用

　□ 透析　□ 認知症　□ 喫煙　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**️　現在投与中の薬**

　□ ビスフォスフォネート剤（□経口　□注射　開始日　　　　　　薬品名　　　　　　　　　　）

　□ 抗RANKL抗体（開始日　　　　　　　　前回投与日　　　　　　薬品名　　　　　　　　　　）

　□ PTH製剤（開始日　　　　　　　　　薬品名　　　　　　　　　　　）

**️　ビス剤、抗RANKL抗体の「予防的」休薬の可否（顎骨壊死のリスクが高い場合）**

　□ 休薬可能　□ 休薬不可能　□ 他剤への変更　□ 要相談

**️　ビス剤、抗RANKL抗体の「治療的」休薬の可否（顎骨壊死の場合）**

　□ 休薬可能　□ 休薬不可能　□ 他剤への変更　□ 要相談

**️　その他**

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**以上返信いたします**

　　　　　　 病院　医院

　 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　科

Tel

FAX