

骨粗鬆症 医歯薬連携 医科⇒歯科 初回紹介

年 月 日

先生 侍史

平素より骨粗鬆症治療にご理解いただき、ありがとうございます。

患者様への、顎口腔領域につき御評価頂き、口腔ケア並びに必要なに応じて歯科治療いただけましたら幸いです。

今後ともどうぞ宜しくお願い申し上げます。

治療状況 治療予定 治療中

投与形態 内服 注射

治療薬 BP 製剤 デノスマブ PTH 製剤 SERM Vit. D

その他 ()

治療歴 BP 製剤 (約 年) デノスマブ (約 年) 他は記入不要

開始・中止猶予 なし あり

留意疾患 当院なし あり ()

併用薬 当院なし ステロイド 抗血栓薬

その他 ()

連絡事項

医療機関

医師名



骨粗鬆症 医歯薬連携 医科⇒歯科 初回返書

年 月 日

先生 侍史

平素より大変お世話になっております。
 また骨粗鬆症治療へのご理解並びに患者のご紹介ありがとうございます。
 患者 _____ 様に以下の如く医科対応致しました。
 今後ともどうぞ宜しくお願い申し上げます。

治療状況 治療予定 治療開始 既に治療中

投与形態 内服 注射

治療薬 BP 製剤 デノスマブ PTH 製剤 SERM Vit. D

その他 ()

治療歴 BP 製剤 (約 年) デノスマブ (約 年) 他は記入不要

開始・中止猶予 なし あり

留意疾患 当院なし あり ()

併用薬 当院なし ステロイド 抗血栓薬

その他 ()

連絡事項

医療機関 _____

医師名 _____ 印

骨粗鬆症 医歯薬連携 医科⇒歯科 診療情報提供書（照会・返書）

年 月 日

_____先生 侍史

平素より骨粗鬆症治療にご理解いただき、ありがとうございます。

患者_____様の、現在の治療状況につき情報提供します。

今後ともどうぞ宜しくお願い申し上げます。

治療状況 治療中 治療中断（ _____ ）

投与形態 内服 注射

治療薬 BP 製剤 デノスマブ PTH 製剤 SERM Vit. D

その他（ _____ ）

留意疾患 当院なし あり（ _____ ）

併用薬 当院なし ステロイド 抗血栓薬

その他（ _____ ）

連絡事項

医療機関 _____

医師名 _____

⑩