

① 歯科→医科 (紹介用)

診療情報提供書 (医科歯科連携)

令和 年 月 日

紹介先： _____

 先生

紹介元： _____
 歯科医師： _____ 印
 電話： _____ FAX： _____

フリガナ		性別	□男 □女
患者氏名			
生年月日	□明□大□昭□平 年 月 日 (歳)		
患者住所 電話番号	〒 TEL : ()		

診断名	□う蝕歯 □歯周病 □その他 ()
<p>上記患者様に対して、下記の歯科治療を実施予定です。</p> <p>□ 抜歯</p> <p>□ その他 ()</p> <p>なお、治療期間は下記を予定しております。</p> <p>□なるべく早急に □歯科治療に猶予があります。</p> <p>【 年 月頃より ヶ月間の予定】</p> <p>骨吸収抑制剤 (ビスホスホネート製剤、デノスマブ) による治療を受けておられる患者様ですが、ARONJ(骨吸収抑制剤関連顎骨壊死)予防のため休薬後に歯科治療を行いたいところですが可能でしょうか。</p> <p>ご検討のほどよろしくお願ひ申し上げます。</p>	
備考	