

C. 医科→歯科（紹介用）

医科歯科連携用紙

平成 年 月 日

紹介先： _____

紹介元： _____

医師氏名： _____ 印

_____ 先生

TEL： _____ 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)		
住 所	TEL： ()		

骨粗鬆症・がんの骨転移のため、薬剤 _____ を

1. 処方する予定です。
2. _____ 年 _____ 月頃より処方しております。

つきましては顎骨骨髄炎予防のため顎口腔領域について評価いただき、
定期的な口腔ケアならびに必要な応じて歯科治療をお願いします。

なお、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良い場合または休薬が必要な場合は、
その時期・期間等についてご教示ください。

骨吸収抑制剤投与が早急に必要ですので、その前の歯科治療をお願い
致します。

骨吸収抑制剤投与は休薬不可です。

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。