

ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）予防のための連携用紙

歯科⇒医科

年 月 日

病院・医院
科
先生御侍史

病院・医院
科
TEL
Fax

患者氏名： 様（男・女） M. T. S. H. 年 月 日生（ 才）

・平素よりお世話になっております。

- 歯周病
- う蝕
- 歯牙破折
- その他

のため近日中に抜歯を予定しております。

御多忙のところ恐縮ですが、以下の点で御教示をお願いします。

【 現在の疾患名 既往歴 現在の薬 休薬の可否 】

《返信》

医科⇒歯科

○現在の疾患名

- 骨粗鬆症 がん治療中 その他（ ）

○その他の既往歴

- ステロイド使用中 血管新生阻害薬 糖尿病
- 透析

○現在投与中の薬

- B P 剤・抗RANKL抗体は以前も、現在も投与していない
- 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：_____)
- B P 剤・抗RANKL抗体の休薬の可否
(休薬可能 休薬不可能 他剤への変更 要相談)

以上返信いたします

病院・医院
科
TEL
Fax

ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）予防のための連携用紙

医科⇒歯科

_____年 月 日

病院・医院

科

先生御侍史

病院・医院

科

TEL

Fax



患者氏名：_____様(男・女) M. T. S. H. _____年 月 日生(_____才)

平素よりお世話になっております。

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症のため | } | <input type="checkbox"/> 処方する予定です |
| <input type="checkbox"/> がん治療中のため | | を <input type="checkbox"/> _____年前より処方しております |
| <input type="checkbox"/> (_____)のため | | <input type="checkbox"/> _____ ~ _____年処方していた。 |

つきましては、ARONJ予防のため顎口腔領域についてご評価いただき、
口腔ケア並びに必要なに応じて歯科治療をお願いします。

《返信》 **歯科⇒医科**

【現在の疾患名】

- う蝕 歯周病 義歯治療 その他(_____)

【抜歯の予定】 あり なし

ARONJ予防のため、歯科治療及び口腔ケアの大切さを指導してまいりますので、
宜しく申し上げます。

以上返信いたします

病院・医院

科

TEL

Fax