

B. 医科→歯科（返信用）

医科歯科連携用紙

令和 年 月 日

紹介先： _____

紹介元： _____

医師氏名： _____ 印

_____ 先生

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)		
住 所	TEL : ()		

診断名	□骨粗鬆症 □その他 ()
-----	-------------------

薬 剤 _____ を _____ 年 月 頃より処方しております

骨吸収抑制剤の休薬は可能です。

本剤の休薬は、 【時期】 □本日より □ 月 日より

【期間】 □ ヶ月間 □ 歯科治療終了時まで

骨吸収抑制剤の休薬は不可です。

原疾患の状態から本剤の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。なお、ARONJについても説明いたしました。

侵襲的歯科処置が終了しましたら、骨吸収抑制剤の使用を再開予定ですので、治療終了時にご連絡いただきますようお願いいたします。

(備考)