

② 歯科→医科 (返信用)

診療情報提供書 (医科歯科連携)

令和 年 月 日

紹介先： _____

紹介元： _____

歯科医師： _____ 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： _____		

年 月 日に、以下の歯科治療を実施・終了しました。

年 月 日～ 年 月 日に以下の歯科治療を実施予定です。

【内容】

抜 歯

歯周病治療

義歯治療

その他 ()

上記歯科治療に際し、骨吸収抑制剤関連顎骨骨髄炎のリスクに対するインフォームドコンセントを実施しました。

現在、骨吸収抑制剤関連顎骨骨髄炎の発現はみられていません。今後の骨髄炎および骨折リスクの双方をご評価いただき、必要に応じて骨粗鬆症の治療のご検討をお願いします。また、定期的な口腔ケアのための受診もお願いいたします。

(備考)