

診療情報提供書(Ⅰ) 医 → 歯 (歯科検診用)

歯科医院・歯科クリニック

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

フリガナ:

患者氏名:

性別 男 ・ 女

生年月日 明・大・昭・平

年

月

日 (

歳)

病名：骨粗鬆症

骨粗鬆症治療薬剤投与前の歯科検診をお願い致します。

◦使用予定薬剤

ビスホスホネート製剤

デノスマブ

その他 (

)

◦顎骨壊死の危険因子

なし

癌

腎透析

糖尿病

ステロイド

喫煙

飲酒

その他 (

)

◦骨折リスク (YAM 値 %)

高い

高くない

コメント: