

# 診療情報提供書(Ⅱ) 歯 → 医

病院・医院・クリニック

科 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

歯科医師氏名

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 <input type="checkbox"/> 齲蝕 <input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )
◦上記患者に対して、下記歯科処置を行う予定です <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> その他 ( )
◦歯科治療に要する期間 <input type="checkbox"/> 概ね1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 概ね2ヶ月以内 <input type="checkbox"/> それ以外 ( )
◦ビスホスホネート製剤の休薬期間 <input type="checkbox"/> 2-3週間 <input type="checkbox"/> 2ヶ月程度 <input type="checkbox"/> それ以外 ( ) 休薬が必要となる可能性があります
つきましては骨粗鬆症治療薬継続の検討をよろしく願いいたします。
コメント：