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）