（ア）歯科→薬局　(紹介用)

紹介状　（診療情報等連携共有料1）

令和　　年　　月　　日

紹介先：　　　　　　 　　　　　紹介元：

　　　　　　　　　　　　　　先生 　　歯科医師：　　　　　　　　印

　 　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） |
| 患者住所電話番号 | 〒TEL：　　　　　　（　　　　　） |
| 　診断名 | □う蝕歯　□歯周病　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 上記患者様に対して、下記の歯科治療を実施予定です。**□**　抜歯**□**　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）なお、治療期間は下記を予定しております。**□**なるべく早急に　　　　**□**歯科治療に猶予があります。（　　）年（　　）月頃より（　　）か月間の予定貴院にて骨粗鬆症治療を受けておられますが、MRONJ(薬剤関連顎骨壊死)予防のため投薬内容につきご教授いただけないでしょうか。何卒よろしくお願い申し上げます。 |
| 備考 |