令和　　年　　　月　　　日

診療情報提供書（医科歯科連携）

紹介先医療機関名：

　　　担当医師：　　 歯科 　　 　先生

紹介元医療機関の所在地：

 名称：

 電話番号：　　　　　　　　ＦＡＸ：

 診療科名：

 医師氏名 ： 印

|  |
| --- |
| 患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　様　性別：　男・女患者住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：生年月日：　　明・大・昭・平　 　年　　　月　　　日（　　）歳　　職業： |

|  |
| --- |
| 【傷病名】１．骨粗鬆症　２． |
| 【紹　介　目　的】口腔領域の評価、必要に応じての歯科治療、ならびに定期的な口腔ケアのお願い |
| 【既往歴及び家族歴】 |
| 【病状経過及び検査結果と依頼内容】　いつもお世話になっております。骨粗鬆症のため、骨吸収抑制剤　　　　　　　　　　　　　　〔薬剤名〕を □（　　）年（　　）月から処方（する予定です/しております）。□（　　）年（　　）月から（　　）年（　　）月まで処方していました。つきましては、顎骨壊死予防のため顎口腔領域についてご評価いただき、必要に応じての歯科治療、ならびに定期的な口腔ケアをお願い出来ましたら幸いです。 |
| 【現在の処方】 |
| 【備　考】 |