令和　　年　　　月　　　日

報告書（診療情報連携共有料）

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． |
| 【既往歴及び家族歴】 |
| 【投薬内容など】　いつもお世話になっております。骨粗鬆症のため、□顎骨壊死リスクのある薬剤を使用しています。□ビスフォスフォネート製剤　（　　　　　　　　　　　　　　）□デノスマブ　（プラリア）　□ロモソズマブ　（イベニティ）　□現在リスクのない薬剤を使用していますが、今後リスクのある薬剤を使用する可能性があります。□リスクのある薬剤を使用する予定はありません。以上ご報告いたします。 |
| 【現在の処方】 |
| 【備　考】 |