

ARONJ(骨吸収抑制剤関連顎骨壊死)予防のための連携用紙 (依頼および返事)

〈紹介先医療機関名〉

〈紹介元医療機関〉

_____ 先生

所在地：
 名称：
 電話番号：
 医師氏名： 印

フリガナ		性別	□男 □女
患者氏名	様		
患者住所	〒 _____		
生年月日	□大 □昭 □平 □令 年 月 日 (歳)		

現在の疾患	□骨粗鬆症 □関節リウマチ □その他 ()		
現在投与中の骨粗鬆症治療薬	1、BP製剤 () 2、抗RANKLE製剤 (プラリア) 3、ロモゾスマブ (イベニティ) 4、その他 ()		
【治療内容】 骨粗鬆症・がんの骨転移のため、薬剤 _____ を 1. 処方する予定です 関節リウマチ 2. _____ 年 月頃より処方しております			
備考欄：既往歴・家族歴・検査結果・治療経過(手術やその他治療経過)・現在の処方など □重度の(骨折の危険性が高い)骨粗鬆症 □悪性疾患の治療中 □糖尿病 □ステロイド服用中 □透析 □認知症 □喫煙			

〈依頼目的および返事〉

関節リウマチの治療に免疫抑制剤の使用を考えています。
 歯周病、口腔内チェックをお願いします。

骨粗鬆症に対してBP製剤(ビスフォスホネート製剤)や抗RANKLE製剤を導入するにあたりARONJ予防のため顎口腔領域についてご評価いただき、口腔ケアならびに必要な応じて歯科治療をお願いします。

骨吸収抑制剤投与に猶予があります。
 本剤投与の開始を遅らせた方がよい場合または休薬が必要な場合は、その時期・期間等についてご相談ください。

骨吸収抑制剤投与が早急に必要・休薬不可です。
 原疾患の進行状態から本剤投与を優先させたいと思いますので、ご配慮をお願いします。

骨粗鬆症治療薬を投与中ですが、顎骨壊死と関係のない製剤です。
 歯科治療の開始、あるいは継続をお願いします。

ARONJ(骨吸収抑制剤関連顎骨壊死)予防のための連携用紙 (依頼および返事)

〈紹介先医療機関名〉

〈紹介元医療機関〉

_____ 科 _____ 先生

所在地 :

名称 :

電話番号 :

歯科医師氏名 :

印

フリガナ		性別	□男 □女
患者氏名	様		
患者住所	〒 _____		
生年月日	□大 □昭 □平 □令 年 月 日 (歳)		

病名	
依頼目的 および返事	<ol style="list-style-type: none"> 骨粗鬆症検査・治療をお願いします。 骨粗鬆症・関節リウマチの治療経過の問い合わせです。 口腔ケア（歯周病治療）を必要とします。 齲蝕治療や義歯治療を必要とします。 外科治療（抜歯を含む）を必要とします。 その他（ ）

【治療内容】

_____ 年 月 日までに、以下の歯科治療を実施しました。

_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日に、以下の歯科治療を実施予定です。

<input type="checkbox"/> 抜 歯	<input type="checkbox"/> 歯 周 病 治 療
<input type="checkbox"/> 義 歯 治 療	<input type="checkbox"/> その他（ ）

備考欄：既往歴・家族歴・検査結果・治療経過(今後の口腔ケア受診の必要性)・現在の処方など