

ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）予防のための連携用紙

（返信用） 医科⇒歯科

_____年 月 日

_____先生 侍史

この度は、患者 _____ 殿の ARONJ 予防のために当院へご紹介いただきありがとうございます。
ございます。

当院での骨粗鬆症の診療および処方状況は下記の通りです。

- Bisphosphonate 薬（ _____ ）
 - 抗 RANKL 抗体薬（ _____ ）
 - 骨吸収抑制薬は使用しておりません
- } を _____年 月より処方しています。

今後の骨粗鬆症治療方針を報告します。

- 今後も骨吸収抑制薬投与の継続使用が必要な状態です。
- 骨吸収抑制薬投与を中止し、変更いたします。
- 現在、骨吸収抑制薬投与処方していません。
- その他（ _____ ）

備考：

医療機関 _____

医師氏名 _____ 印 _____

宇摩医師会、宇摩歯科医師会、宇摩 ARONJ 連携委員会