

MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）予防のための連携用紙

(診療情報連携共有に係る照会用)

歯科⇒医科

先生 侍史

年 月 日

患者 _____ 殿 性別 (男・女)

生年月日 年 月 日生 (歳)

患者住所 _____

電話番号 _____

は、当院において歯科疾患治療を施行しています。

当院での歯科疾患診療状況は下記の通りです。

- 口腔内に MRONJ が疑われます。
- 至急抜歯など感染源の除去が必要な状態です。
- 予後不良のため抜歯が必要になる恐れがあります。
- 歯周病治療が必要な状態です。
- う蝕処置・義歯作製中など骨吸収抑制薬の使用については影響がないと考えます。
- その他 ()

なお、骨粗鬆症の治療において、骨吸収抑制薬（ビスフォスフォネート薬および抗 RANKL 抗体薬）を使用される場合は、MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）予防のために口腔管理・口腔ケアが大切であることをご指導いただきますとともに、その投与の際しては、当院にご一報いただければ幸いです。

- 可能であれば骨吸収抑制薬の投与を中止、または他剤への変更を希望します。
- 歯科治療終了まで骨吸収抑制薬の投与をお待ちいただければ幸いです。
- 骨吸収抑制薬の投与を中止・お待ちいただく必要はないと思います。
- その他 ()

医療機関 _____

歯科医師氏名 _____

印

MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）予防のための連携用紙

(返信用)

歯科⇒医科

先生 侍史

年 月 日

この度は、

患者 _____ 殿 性別 (男・女)
生年月日 年 月 日生 (歳)

の MRONJ 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。

当院での歯科診療状況は下記の通りです。

- 口腔内に MRONJ が疑われます。
- 至急抜歯など感染源の除去が必要な状態です。
- 予後不良のため抜歯が必要になる恐れがあります。
- 歯周病治療が必要な状態です。
- う蝕処置・義歯作製中など骨吸収抑制薬の使用については影響がないと考えます。
- その他 ()

- 可能であれば骨吸収抑制薬の投与を中止、または他剤への変更を希望します。
- 歯科治療終了まで骨吸収抑制薬の投与をお待ちいただければ幸いです。
- 骨吸収抑制薬の投与を中止・お待ちいただく必要はないと思います。
- その他 ()

備考 :

医療機関

歯科医師氏名

印