

MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）予防のための連携用紙

（紹介用） 医科⇒歯科

____年 月 日

____先生 侍史

患者 _____ 殿は、当院において骨粗鬆症治療を施行しています。

当院での骨吸収抑制薬の処方状況は下記の通りです。

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate 薬（ _____ ） | } | } | <input type="checkbox"/> 処方する予定です。 |
| <input type="checkbox"/> 抗 RANKL 抗体薬（ _____ ） | | | <input type="checkbox"/> _____ 年 月より処方しています。 |
| <input type="checkbox"/> 骨吸収抑制薬は使用しておりません | | | |

つきましては MRONJ 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いたします。

現時点における、骨吸収抑制薬の処方必要度を報告します。

- 骨吸収抑制薬投与の継続使用が必要な状態です。
- 歯科治療のため、骨吸収抑制薬投与を中止することが可能です。
- 現在、骨吸収抑制薬投与の必要性はありません。
- その他（ _____ ）

医療機関 _____

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)

医科⇒歯科

____年 月 日

____先生 侍史

この度は、患者 _____ 殿の 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。
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いません
- _____ 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 _____