

歯科医師 ⇒ 医師

ARONJ(骨吸収抑制剤関連顎骨壊死) 予防のための連携用紙

令和 年 月 日

紹介施設 : _____

医師名 : _____ 先生

患者 _____ 様に対し

_____ 年 月 日に、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。

【内容】

抜 歯

歯周病治療

義歯治療

その他 (_____)

上記歯科治療に際し、ARONJ のリスクに対するインフォームドコンセントを実施しました。

(備考) ex) 今後の口腔ケア受診の必要性など

現在、ARONJ の発現はみられません。今後の ARONJ および骨折リスクの双方をご評価いただき、必要に応じて骨粗鬆症治療のご検討をお願いします。

また、定期的な口腔ケアのための受診もよろしく願いいたします。

施設名 : _____

担当歯科医師 : _____

印