

医師 ⇒ 歯科医師

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： _____

歯科医師名： _____ 先生

患者 _____ 様に骨粗鬆症・がんの骨転移のため

薬剤 _____ を 1. 処方する予定です

2. _____ 年 _____ 月頃より処方しております

【備考】 ex) 手術日、今後の治療内容など

つきましては 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に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。

施設名： _____

担当医師： _____ 印