

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)

歯科⇒医科

令和 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。

当院での診療状況は下記の通りです。

歯科疾患の〔治療開始前・治療中〕です。

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)の投与を待てない状況とのことですので、早急に口腔内の感染源除去を行なっていきます。ARONJ予防のための歯科治療及び口腔ケアの大切さの指導も宜しく願いいたします。

歯科疾患の〔治療開始前・治療中〕です。

骨吸収抑制薬の投与に猶予があるとのことですので、治療終了まで約_____ヶ月骨吸収抑制剤の投与をお待ちいただければ助かります。

歯科疾患の治療は終了し、口腔ケア継続中です。

骨吸収抑制薬の投与を待つ必要性は無いと思われれます。ARONJ予防のための口腔ケアの大切さの指導も宜しく願いいたします。

備考:

医療機関名 _____

医師氏名 _____

印