

ARONJ(骨吸収抑制剤関連顎骨壊死)予防のための連携用紙

〈紹介先医療機関名〉

〈紹介元医療機関〉

所在地：

名称：

電話番号：

歯科医師氏名：

印

科 先生

フリガナ		性別	□男 □女
患者氏名	様		
患者住所	〒		
電話番号	TEL : ()		
生年月日	□明□大□昭□平 年 月 日 (歳)	職業	

病名	
紹介目的	検査・治療・その他

【治療内容】

年 月 日 ~ 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。

- 抜歯 (予定日 年 月 日) インプラント (予定日 年 月 日)
 歯周病治療 義歯治療 その他 ()
 パントモで骨粗鬆症が疑われます。

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。

既往歴・家族歴・検査結果・治療経過(今後の口腔ケア受診の必要性)・現在の処方など

現在、ARONJ の発現はみられません。
 口腔衛生を良好に維持するため今後とも定期的な口腔ケアを継続します。