

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〉

\_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

所在地：

名称：

電話番号：

医師氏名：

印

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】

骨粗鬆症治療のため薬剤 \_\_\_\_\_ を処方する予定です。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃より \_\_\_\_\_ を処方しています。

骨吸収抑制剤投与歴： ビスホス通算 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 デノスマブ通算 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

既往歴・家族歴・検査結果・治療経過(手術やその他治療経過)・現在の処方など

当科的には骨粗鬆症治療の優先度を以下のとおり判断しておりますのでご配慮をお願いいたします。

貴科のご加療を優先して頂いて結構です。  
骨折リスクがそれほど高くないため骨吸収抑制剤の投与開始に猶予があります。  
休薬や薬剤変更も可能ですので、貴科のご加療予定をお知らせください。

当科的加療を優先いたします。  
骨折リスクが高い等の理由により骨吸収抑制剤の休薬はできません。