

平成 年 月 日

先生 侍史

患者 _____ 殿には、〔骨粗鬆症・がんの骨転移〕のため

〔 _____ 〕 を { 1. 処方する予定です。
2. _____ 年前より処方しております }

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応じて歯科治療をお願いいたします。

☐ **骨吸収抑制薬投与に猶予があります。**

本薬投与の開始を遅らせた方が良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。

☐ **骨吸収抑制薬投与が早急に必要・休薬不可です。**

原疾患の進行状態から本薬投与を優先させたいと思いますのでご配慮をお願いいたします。

医療機関 _____

医師氏名 _____

印 _____