

# 治療情報提供書

年 月 日

\_\_\_\_\_ 科

\_\_\_\_\_ 先生 御侍史

患者氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 歯科医院

貴院にて骨吸収抑制剤使用との事ですが、歯科治療につきまして宜しく御教示の程お願いいたします。

1) 下記歯科処置が必要です

- 抜歯 →  簡単（骨侵襲なし）                       歯周病治療 →  骨の処置なし  
 骨露出、削除必要    →  骨の処置あり  
 その他 \_\_\_\_\_  
 インプラント                       その他 \_\_\_\_\_

2) 貴院にて加療中の疾患名は何でしょうか

- 骨粗鬆症                       \_\_\_\_\_ 癌                       その他 \_\_\_\_\_

3) 骨吸収抑制剤名をお教え下さい

<注射薬> \_\_\_\_\_ <経口薬> \_\_\_\_\_

4) 骨吸収抑制剤の使用期間はどれくらいでしょうか

- 4年未満  
 4年以上 → 貴科疾患の症状より休薬は可能でしょうか。     可能                       不可能

5) その他併用薬剤はありますか

- ステロイド剤     抗癌剤     その他 \_\_\_\_\_

6) 以下の疾患を合併していますか。

- 癌     糖尿病     関節リウマチ     腎透析     貧血     その他 \_\_\_\_\_

7) 前記歯科処置は問題ありませんでしょうか

- 問題なし                       現在は不可  
 ガイドラインに従い2か月の休薬で処置可能     その他 \_\_\_\_\_

8) その他何か注意事項がありましたらご教示いただけますでしょうか。