

<骨吸収抑制剤投与患者の共同診療のお願い>

浜松市歯科医師会 御中

浜松市歯科医師会連絡先

TEL : 053-453-8847 (9:00~17:00)

FAX : 053-453-8893

e-mail : office@hamashi.com

骨吸収抑制剤（ゾメタ・ランマークなど：以下BP剤等）投与患者に関しまして、ご多忙中とは存じますが、口腔・歯の状態につきご高配いただき必要処置を施行いただけますよう、宜しくお願い申し上げます。

現在の状況は以下の通りです。

患者氏名	
性別・年齢	(男 ・ 女) _____ 歳
がんの種類	
治療状況	() 抗がん剤治療中 () BSC (終末期ケア)
依頼目的	() 投与前スクリーニング () 投与後追跡診察 () 口腔内症状の精査加療
使用薬剤	() ゾメタ () ランマーク () その他(薬剤名: _____)
歯科診療歴	() BP剤等投与前 () 過去にあり () 不明
かかりつけ歯科	() なし () あり=_____ 歯科
治療内容	() 抜歯 () 感染治療 () なし () 不明
BP剤等投与緊急度	() 1ヵ月以内開始(再開)希望 () 数ヶ月延期可能
ステロイド投与	() なし () あり
併存症	() 糖尿病 () 高血圧 () 脳血管疾患 () 心筋梗塞
アレルギー	() 狭心症 () 不整脈 () 薬剤アレルギー⇒
BP剤等投与歴※	開始日= _____ 年 _____ 月 _____ 日 総投与回数= _____ 回 ※投与後追跡診察依頼の場合

年 月 日

施設名

診療科

担当医