BMA 骨粗鬆症患者の医科・歯科連携情報提供書　（返事）

歯科医院御中

患者氏名

性別・年齢　（男　・　女　）　歳

ご紹介頂きました患者につき以下ご返事申し上げます。宜しくお願い致します。

診断名　１．　骨粗鬆症
　　２
　　３．

骨粗鬆症治療薬　開始日　西暦　年　月　日

BMA：アレンドロネート　リセドロネート　ミノドロネート　イバンドロネート　デノスマブ

BMA 以外：SERM　活性型ビタミン D　ビタミン K　テリパラチド

骨粗鬆症以外の使用薬剤　１
　　２
　　３

骨密度 YAM 値　（西暦　年　月　日）　％　（部位：　）

骨折既往歴　（西暦　年　月　日）　部位
　　（西暦　年　月　日）　部位
　　（西暦　年　月　日）　部位

BMA 継続に関する意見　**１．継続が必要（ご連絡下さい）**
　　２．　BMA 以外の薬剤に変更

医療機関名

医師氏名　電話　Fax.