

BMA 骨粗鬆症患者の医科・歯科連携情報提供書 (紹介)

_____ 歯科医院御中

患者氏名 _____

性別・年齢 (男 ・ 女) _____ 歳

この度当院にて骨粗鬆症治療(BMA)を開始致しました。
つきましては定期的口腔ケアをよろしくお願い申し上げます。

BMA 治療開始日： 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

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 _____

歯科治療時の注意事項： _____ 脊柱変形 _____ 頸椎症

医療機関名 _____

医師氏名 _____ 電話 _____ Fax. _____