新潟市医科歯科診療情報提供書

様式1-1

医科⇒歯科

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　歯科医院・病院

　　　　　　　　　　殿

医療機関名

電話番号

印

医師名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | | | | 性別 | | 男　女 |
| 生年月日 | 明 大 昭 平　令 | 年 | 月 | 日 | | （ | 歳） |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病　　名 | 骨粗鬆症 | 他（ |  | ） |
| 紹介目的：  上記疾患に骨粗鬆症治療薬、  ビスホスホネート製剤　デノスマブ  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  による治療を  ～  行っている　　　　開始時期　　　　　　　終了時期  行う予定の　　　　　　年　　月　　　　　　　年　　月  患者様です。つきましては、下記の項目についてご教示をお願い致します。  抜歯が必要な歯の有無  口腔内環境・衛生状態 | | | | |
| 連絡事項 | | | | |
|  | | | | |