新潟市医科歯科診療情報提供書

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

医師名

印

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 年 月 ~ 終了時期 年 月 ☐ 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