新潟市医科歯科診療情報提供書

様式2-2

医科⇒歯科（返信）

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（ |  | ） |
| 返信：  上記疾患にて治療中の患者様です。つきましては、骨粗鬆症治療薬について報告します。現在投与中の薬剤は（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）です。  ① 骨折リスク　　極めて大　やや大　低い  ② 休薬の可否　　休薬しました　休薬できない　休薬不要です | | | | |
| 連絡事項 | | | | |
|  | | | | |