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 |
| 　 |