

ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）予防のための連携用紙

（紹介用）

医科⇒歯科

年 月 日

先生 侍史

患者 _____ 殿は、当院において骨粗鬆症治療を施行しています。

当院での骨吸収抑制薬の処方状況は下記の通りです。

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate 薬（ _____ ） | } | } | <input type="checkbox"/> 処方する予定です。 |
| <input type="checkbox"/> 抗 RANKL 抗体薬（ _____ ） | | | <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月より処方しています。 |
| <input type="checkbox"/> 骨吸収抑制薬は使用しておりません | | | |

つきましては ARONJ 予防のため顎口腔領域についてご評価いただき、口腔ケアならびに必要な応じて歯科治療をお願いいたします。

現時点における、骨吸収抑制薬の処方必要度を報告します。

- 骨吸収抑制薬投与の継続使用が必要な状態です。
- 歯科治療のため、骨吸収抑制薬投与を中止することが可能です。
- 現在、骨吸収抑制薬投与の必要性はありません。
- その他（ _____ ）

医療機関 _____

医師氏名 _____

印 _____

宇摩医師会、宇摩歯科医師会、宇摩 ARONJ 連携委員会

ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）予防のための連携用紙

(返信用)

歯科⇒医科

年 月 日

先生 侍史

この度は、患者 _____ 殿の ARONJ 予防のために当院へご紹介いただきありがとうございます。
ごさいます。当院での歯科診療状況は下記の通りです。

- 口腔内に ARONJ が疑われます
- 至急抜歯など感染源の除去が必要な状態です
- 予後不良のため抜歯が必要になる恐れがあります
- 歯周病治療が必要な状態です
- う蝕処置・義歯作製中など骨吸収抑制薬の使用については影響がないと考えます
- その他 ()

- 可能であれば骨吸収抑制薬の中止、または他剤への変更を希望します
- 歯科治療終了まで骨吸収抑制薬の投与をお待ちいただければ幸いです
- 中止・お待ちいただく必要はないと思います。
- その他 ()

備考：

医療機関 _____

歯科医師氏名 _____

印 _____

宇摩医師会、宇摩歯科医師会、宇摩 ARONJ 連携委員会

ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）予防のための連携用紙

（紹介用）歯科⇒医科

_____年 月 日

_____先生 侍史

患者_____殿は、当院において歯科疾患治療を施行しています。

当院での歯科疾患診療状況は下記の通りです。

- 口腔内に ARONJ が疑われます
- 至急抜歯など感染源の除去が必要な状態です
- 予後不良のため抜歯が必要になる恐れがあります
- 歯周病治療が必要な状態です
- う蝕処置・義歯作製中など骨吸収抑制薬の使用については影響がないと考えます
- その他（ _____ ）

なお、骨粗鬆症の治療において、骨吸収抑制薬（ビスフォスフォネート薬および抗 RANKL 抗体薬）を使用される場合は、ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）予防のために口腔管理・口腔ケアが大切であることをご指導いただきますとともに、その投与の際には、当院にご一報いただければ幸いです。

- 可能であれば骨吸収抑制薬の中止、または他剤への変更を希望します
- 歯科治療終了まで骨吸収抑制薬の投与をお待ちいただければ幸いです
- 骨吸収抑制薬の中止・お待ちいただく必要はないと思います。
- その他（ _____ ）

医療機関 _____

歯科医師氏名 _____

印 _____

宇摩医師会、宇摩歯科医師会、宇摩 ARONJ 連携委員会

ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）予防のための連携用紙

(返信用)

医科⇒歯科

____年 ____月 ____日

先生 侍史

この度は、患者 _____ 殿の ARONJ 予防のために当院へご紹介いただきありがとうございます。
ございます。

当院での骨粗鬆症の診療および処方状況は下記の通りです。

- Bisphosphonate 薬 (_____)
- 抗 RANKL 抗体薬 (_____)
- 骨吸収抑制薬は使用していません
- _____ を _____ 年 ____ 月より処方しています。

今後の骨粗鬆症治療方針を報告します。

- 今後も骨吸収抑制薬投与の継続使用が必要な状態です。
- 骨吸収抑制薬投与を中止し、変更いたします。
- 現在、骨吸収抑制薬投与処方していません。
- その他 (_____)

備考：

医療機関

医師氏名

印

宇摩医師会、宇摩歯科医師会、宇摩 ARONJ 連携委員会