

## 診療情報提供依頼書

年 月 日

\_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 先生御机下

拝啓

このたびは \_\_\_\_\_ 様についてご連絡申し上げます。

患者様より、貴院にてビスフォスフォネート製剤・デノスマブの投与をうけているとお聞きしました。

当院において 難抜歯・顎の手術 が必要となりました。顎骨壊死の回避から、ガイドラインにおいて4年以上の投薬期間では術前2か月間の休薬が推奨されております。つきましては、薬品名、何年の何月から投与を開始しているか、休薬が可能かどうか、の3項目についてご教示賜れば幸甚です。なお、臨床的な創傷治癒が確認されたあとの投与再開可能時期につきましては、再度ご連絡を差し上げます。なにとぞよろしくお願い申し上げます。

敬具

\_\_\_\_\_ 歯科医院

歯科医師： \_\_\_\_\_