

令和3年12月6日

会員各位

鹿児島県整形外科医会  
会長 増田 明敏  
( 公 印 省 略 )

骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（ARONJ）医科歯科連携シートについて

時下 益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、鹿児島県歯科医師会が標記連携シートを作成した旨、本会に情報提供がありましたので別添の通りお知らせ致します。

歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めにより、患者の同意を得て、本連携シートにより検査結果や投薬内容などの情報提供を行った場合、「B010-2 診療情報連携共有料」120 点の算定が可能となります（詳細は「医科点数表の解釈」307～308 ページをご参照ください）。

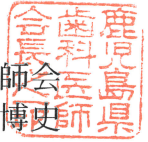
本シートは、県歯科医師会会員全員に配布されているとのことです。

なお、ARONJ に係る医科歯科連携にあたり情報提供を行う際は、必ずしもこの様式である必要はございませんので申し添えます。

鹿児島歯発第 206 号  
令和 3 年 8 月 3 日

鹿児島県整形外科医会  
会長 増田 明敏 様

公益社団法人 鹿児島県歯科医師会  
会長 伊地知 博史



## ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）医科歯科連携シートについて

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より、本会の業務推進につきましては格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会では、ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）が口腔内の局所感染や衛生不良が加わることにより発生する可能性があることを踏まえ、ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）医科歯科連携シートを作成いたしましたのでご案内申し上げます。

なお、本連携シートは、本会全会員に配布しております。

ご確認いただき、ご活用いただけますと幸いです。

公益社団法人鹿児島県歯科医師会  
地域保健課 担当：有村  
〒892-0841 鹿児島市照国町 13 番 15 号  
TEL 099-226-5291 FAX 099-223-6079  
メール chil@8020kda.jp

令和3年6月8日

会 員 各 位

鹿児島県歯科医師会  
(地域歯科保健委員会扱い)

## 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（ARONJ） 医科歯科連携シートについて

平素より本会の運営にあたりましてはご高配を賜り厚く御礼申し上げます。  
さて、地域歯科保健委員会では、問診にて、骨粗鬆症、骨転移を伴うがん、ステロイド剤などの長期服用の既往を認め、骨吸収抑制剤の服用もしくは注射を行っている患者に対し、医科歯科連携を行うツールを作成いたしました。  
ご活用いただけますと幸いです。

### ● 使用法について

#### 1. ① ② ARONJ 連携

医科より情報提供書Ⅰ（様式①）で問い合わせがあった場合、様式②を用い、医科へ返書をお願いいたします。

#### 2. ③ ④ ⑤ ARONJ 連携

##### ③ 診療情報連携共有（観血処置前）

該当する患者に対し、観血処置を行うにあたり、医科へ必要事項を記入しお送りください。その際は、診療情報連携共有 120 点の算定が可能となります。また、医科からの返書④を同封してください。

##### ⑤ 診療情報連携共有（観血処置後）

診療情報共有（観血処置前）にて情報共有を行い、観血処置終了、治癒の確認ができた際、連携先の医科へ骨吸収抑制剤の再開の連絡として使用してください。

また、その際も、診療情報連携共有 120 点の算定が可能ですが、前回算定日より 3 ヶ月経過していない場合不可となります。

#### 3. ⑥ ⑦ ARONJ 連携

歯周精密検査などで、パノラマ X 線撮影を行った後、過去のレントゲン写真と比較し、椎体骨密度の低下などの所見があり、整形外科にて骨粗鬆症の治療などを受けていない患者に対し、骨粗鬆症早期発見・治療を目的として医科に紹介する様式となっております。

Word 版を会員サイトに掲載しております。ご活用ください。

**医科⇒歯科**

情報提供書（Ⅰ）（ご紹介）  
（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（ARONJ）連携用）

紹介先医療機関等名

歯科

担当医

先生御侍史

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名称：

電話番号：

医師氏名：

印

患者氏名：	性別： 男 ・ 女
患者住所：	
電話番号：	
生年月日： 明・大・昭・平・令 年 月 日（ ）歳	職業：

<b>傷病名：</b> <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症（ <input type="checkbox"/> 手術あり 年 月 日） <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患（ ） <input type="checkbox"/> がん骨転移（癌種： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
---

<b>紹介目的：</b> 上記診断のため下記の薬剤を <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td> <input type="checkbox"/> 処方する予定です。  <input type="checkbox"/> 年 月より投与しております。           </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> </table>	{	<input type="checkbox"/> 処方する予定です。 <input type="checkbox"/> 年 月より投与しております。	}
{	<input type="checkbox"/> 処方する予定です。 <input type="checkbox"/> 年 月より投与しております。	}	

◎顎骨壊死のリスクがある薬剤

☐BP 経口製剤 ☐BP 注射製剤 ☐抗 RANKL 製剤 ☐抗スクレロシン製剤

つきましては ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）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。

☐骨吸収抑制薬投与に猶予があります。

本薬投与の開始を遅らせた方がよい場合または休薬が必要な場合は、その時期・期間等についてご相談ください。

☐骨吸収抑制薬投与が早急に必要・休薬不可です。

原疾患の進行状態から本薬投与を優先させたいと思いますのでご配慮お願いいたします。

<b>既往歴及び家族歴：</b> <input type="checkbox"/> 脆弱性骨折(部位： ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> その他（ ） ステロイド使用（ <input type="checkbox"/> あり（現在： mg） <input type="checkbox"/> 使用歴あり <input type="checkbox"/> なし ）
---

<b>症状・治療経過および検査結果：</b>  
--------------------------------

<b>現在の処方：</b>  
-----------------------

**歯科⇒医科**

情報提供書（Ⅰ）に対するご返書  
（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（ARONJ）連携用）

紹介先医療機関等名

科 担当医

先生御侍史

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名称：

電話番号：

医師氏名：

印

患者氏名：	性別： 男 ・ 女
患者住所：	
電話番号：	
生年月日：	明・大・昭・平・令 年 月 日（ ）歳 職業：

傷病名：
------

既往歴及び家族歴：	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 関節リウマチ	<input type="checkbox"/> 自己免疫疾患（ ）
	<input type="checkbox"/> がん骨転移（癌種： ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

<p>検査結果および治療経過：</p> <p>ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）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。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記診断にて（ 治療開始前 ・ 治療中 ）です。</p> <p>骨吸収抑制薬の投与を待てない状況とのことですので、早急に口腔内の感染源除去を行って行きます。また、観血処置が必要となった場合、改めてご相談させていただくことがございます。その際はご連絡いたしますのでよろしくお願いいたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記診断にて（ 治療開始前 ・ 治療中 ）です。</p> <p>骨吸収抑制薬の投与に猶予があるとのことですので、歯科治療終了まで約_____ヶ月骨吸収抑制薬の投与をお待ちいただければ幸いです。終了につきましては改めてご報告いたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 歯科疾患の治療は終了し、現在、口腔管理・口腔ケア継続中です。</p> <p>歯科的には骨吸収抑制薬の投与を待つ必要性はないと判断いたします。</p> <p>ARONJ 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薬剤変更などございましたら、当院にご一報いただければ幸いです。</p>
---

現在の処方：
--------

備考：
-----

**歯科⇒医科**

診療情報連携共有（ご照会）  
（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（ARONJ）連携用：観血処置前）

紹介先医療機関等名

科 担当医 先生御侍史

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名称：

電話番号：

医師氏名： 印

患者氏名：	性別： 男 ・ 女
患者住所：	
電話番号：	
生年月日：	明・大・昭・平・令 年 月 日（ ）歳 職業：

歯科傷病名：
既往歴及び家族歴： <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）
骨吸収抑制薬に関連する傷病名： <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症疑い <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患（ ） <input type="checkbox"/> がん骨転移（癌種： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
紹介目的： かねてより大変お世話になっております。 上記診断における歯科治療に際し、顎骨露出をとまなう観血処置（抜歯・歯周外科処置・その他； ）を計画しております。 上記既往における骨吸収抑制薬の投与経過についてご教示ください。 必要があれば休薬、薬剤変更などのご相談させて頂けますと幸いです。  <input type="checkbox"/> 歯性感染症・疼痛があり、治療可能であれば早急に歯科治療を行う必要があります。  <input type="checkbox"/> 治療計画中であり、時間に余裕があります。
現在の処方：
備考： <input type="checkbox"/> ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）予防に関してだけでなく、上記既往における現在の全身状態や歯科的観血処置に際しての注意点、感染リスクに関してなどご教示いただけますと幸いです。

**医科⇒歯科**

**診療情報連携共有（ご返書）**

（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（ARONJ）連携用：観血処置前）

紹介先医療機関等名

歯科

担当医

先生御侍史

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名称：

電話番号：

医師氏名：

印

患者氏名：	性別： 男 ・ 女
患者住所：	
電話番号：	
生年月日：	明・大・昭・平・令 年 月 日（ ）歳 職業：

<b>傷病名：</b> <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症疑い <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患（ ） <input type="checkbox"/> がん骨転移（癌種： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
---

<b>紹介目的：</b> ご連絡ありがとうございます。現在、下記薬剤を投与中です。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>◎顎骨壊死リスクあり</b>  <input type="checkbox"/>BP 経口製剤    <input type="checkbox"/>BP 注射製剤  <input type="checkbox"/>抗 RANKL 製剤    <input type="checkbox"/>抗スクレロシン製剤         </div> <div> <b>◎顎骨壊死リスクなし</b>  <input type="checkbox"/>ビタミン製剤    <input type="checkbox"/>SERM    <input type="checkbox"/>ホルモン製剤  <input type="checkbox"/>Ca 製剤    <input type="checkbox"/>PTH 製剤         </div> </div> <input type="checkbox"/> 脆弱性骨折のリスクが高く休薬は困難です。  <input type="checkbox"/> 休薬・薬剤変更が可能なので（ <input type="checkbox"/> 休薬 ・ <input type="checkbox"/> 薬剤変更 ）を指示しました。 （最終投与： 年 月 日 <u>*観血処置終了後、治癒後はお知らせください。</u> ）  <input type="checkbox"/> 顎骨壊死のリスクとなる薬剤投与はありませんので、治療を進めて頂いて構いません。  <input type="checkbox"/> 顎骨壊死のリスクとなる薬剤投与歴はありますが終了しています。（現在処方しておりません） （投与期間： 年 月 日～ 年 月 日）
---

<b>既往歴及び家族歴：</b> <input type="checkbox"/> 脆弱性骨折（部位： ） <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> その他（ ） ステロイド使用（ <input type="checkbox"/> あり（現在： mg） <input type="checkbox"/> 使用歴あり <input type="checkbox"/> なし）
--

<b>症状・治療経過および検査結果：</b>  
--------------------------------

<b>現在の処方（骨吸収抑制薬）：</b>  
-------------------------------

**歯科⇒医科**

診療情報連携共有（ご照会）  
（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（ARONJ）連携用：観血処置後）

紹介先医療機関等名

科 担当医

先生御侍史

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名称：

電話番号：

医師氏名：

印

患者氏名：	性別： 男 ・ 女
患者住所：	
電話番号：	
生年月日： 明・大・昭・平・令	年 月 日（ ）歳 職業：

歯科傷病名：
--------

<p>既往歴及び家族歴：</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧症    <input type="checkbox"/> 糖尿病    <input type="checkbox"/> 心血管疾患    <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>骨吸収抑制薬に関連する傷病名：</p> <p><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症    <input type="checkbox"/> 関節リウマチ    <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> がん骨転移（癌種： ）    <input type="checkbox"/> その他（ ）</p>
--

<p>紹介目的：</p> <p>この度は骨吸収抑制薬の休薬・薬剤変更にご協力頂きまして誠にありがとうございました。 年 月 日に当院での観血処置が終了しましたことをご報告致します。 処置後の経過は良好であり、骨吸収抑制薬の再開は問題ないと思われますので、御高診のほど よろしくお願い申し上げます。</p> <p>骨吸収抑制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、薬剤変更などに際しては、当院にご一報いただければ幸いです。 今後とも何卒よろしくお願いいたします。</p>
--

<p>症状・治療経過および検査結果：</p>
------------------------

<p>現在の処方：</p>
---------------



**歯科⇒医科**

**診療情報提供書(Ⅰ)**  
**(骨吸収抑制薬関連顎骨壊死 (ARONJ) 連携用)**

紹介先医療機関等名

科 担当医

先生御侍史

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名称：

電話番号：

医師氏名：

印

患者氏名：	性別： 男 ・ 女
患者住所：	
電話番号：	
生年月日：	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳 職業：

傷病名：
------

既往歴及び家族歴：
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症疑い <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 ( ) <input type="checkbox"/> がん骨転移 (癌種： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

紹介目的： <input type="checkbox"/> 当院歯科パノラマ X 線写真における下顎骨形態の評価において骨粗鬆症が疑われました。 つきましては貴院での精査および加療をお願いしたくご紹介させて頂きました。  <input type="checkbox"/> 過去に上記診断を受けていたとのことですが、加療が中断されているようです。 つきましては精査および加療をお願いしたくご紹介させて頂きました。 骨吸収抑制薬投与歴につきましてもご教示頂けますと幸いです。  <input type="checkbox"/> また、上記歯科診断から歯科治療におきまして観血処置が必要と考えます。 骨吸収抑制薬の使用を開始される場合は ARONJ (骨吸収抑制薬関連顎骨壊死) 予防のため 開始時期をご相談させてください。( 月 日頃までに観血処置を行う予定です。) 骨吸収抑制薬投与が早急に必要な場合 (待機猶予がない場合) はお手数ですがご連絡ください。  骨吸収抑制薬を使用される場合は、ARONJ 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、その投与に際しては当院にご一報いただければ幸いです。
---

症状・治療経過および検査結果： <input type="checkbox"/> 歯科疾患の治療開始前です。 <input type="checkbox"/> 歯科疾患の治療中です。 <input type="checkbox"/> 歯科疾患の治療は終了し、口腔管理・口腔ケア継続中です。
---

現在の処方：
--------



診療情報提供書(I) に対するご返書  
(骨吸収抑制薬関連顎骨壊死 (ARONJ) 連携用)

紹介先医療機関等名

歯科

担当医

先生御侍史

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地:

紹介元医療機関の名称:

電話番号:

医師氏名:

印

患者氏名:	性別: 男 ・ 女
患者住所:	
電話番号:	
生年月日: 明・大・昭・平・令	年 月 日 ( ) 歳 職業:

<b>傷病名:</b> <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 ( ) <input type="checkbox"/> がん骨転移 (癌種: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
--

<b>紹介目的:</b> ご紹介頂きました患者さんですが、 上記診断のため下記の薬剤を <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td> <input type="checkbox"/> 処方する予定です。  <input type="checkbox"/> 年 月より投与しております。           </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> </table>	{	<input type="checkbox"/> 処方する予定です。 <input type="checkbox"/> 年 月より投与しております。	}
{	<input type="checkbox"/> 処方する予定です。 <input type="checkbox"/> 年 月より投与しております。	}	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           ◎顎骨壊死リスクあり  <input type="checkbox"/> BP 経口製剤    <input type="checkbox"/> BP 注射製剤  <input type="checkbox"/> 抗 RANKL 製剤    <input type="checkbox"/> 抗スクレロスチン製剤         </div> <div>           ◎顎骨壊死リスクなし  <input type="checkbox"/> ビタミン製剤    <input type="checkbox"/> SERM    <input type="checkbox"/> ホルモン製剤  <input type="checkbox"/> Ca 製剤    <input type="checkbox"/> PTH 製剤         </div> </div>			

<input type="checkbox"/> 骨吸収抑制薬投与に猶予があります。 本薬投与の開始を遅らせた方が良い場合または休薬が必要な場合は、その時期・期間等についてご相談ください。
<input type="checkbox"/> 骨吸収抑制薬投与が早急に必要・休薬不可です。 原疾患の進行状態から本薬投与を優先させたいと思いますのでご配慮お願い致します。

<b>既往歴及び家族歴:</b> <input type="checkbox"/> 脆弱性骨折(部位: ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ステロイド使用 ( <input type="checkbox"/> あり (現在: mg) <input type="checkbox"/> 使用歴あり <input type="checkbox"/> なし )
--

<b>症状・治療経過および検査結果:</b> 検査結果 (YAM 値 % 年 月 日計測) 骨吸収抑制薬投与歴 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 薬剤名 / 年 月より開始)
---

<b>現在の処方:</b>    
-------------------------------