

医師→歯科医師

## 診療情報提供書A(治療前・治療後・退院時)

記入日 年 月 日

提供先 歯科医療機関

提供元 医療機関

名称

所在地

電話番号

担当医師氏名

印

先生

ご紹介致します患者さんは、当院にて下記の治療を行います。

つきましては、治療に伴う口腔合併症の軽減のため口腔機能管理を、貴院にお願いいたく存じます。

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	年齢
患者住所	電話番号		職業

診断名					
既往歴			家族歴		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 周術期口腔管理依頼(管理計画書 あり・なし) <input type="checkbox"/> 歯科治療 <input type="checkbox"/> その他( )				
治療予定	<input type="checkbox"/> 現在、治療方針は未定です				
	<input type="checkbox"/> 手術	手術日	年 月 日	入院日	年 月 日 予定
		口腔内変化	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	退院日	年 月 日 予定
	<input type="checkbox"/> 化学療法	開始日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	
		最終日	年 月 日 予定	隔 週ごと 回	
	<input type="checkbox"/> 放射線療法	開始日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	
最終日		年 月 日 予定	隔 週ごと 回		
<input type="checkbox"/> BP剤	実施日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ソメタ <input type="checkbox"/> ランマーク		
	最終日	年 月 日 予定	<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 緩和ケア	開始日	年 月 日			
医科の現在の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
希望する 歯科処置	<手術前> <input type="checkbox"/> 口腔内診査 <input type="checkbox"/> 口腔内清掃、口腔衛生指導などの口腔ケア <input type="checkbox"/> う蝕感染歯質除去、仮充填 <input type="checkbox"/> 動揺歯の応急的固定(必要があれば抜歯)				
	<その他> <input type="checkbox"/> う蝕の治療 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 義歯の新製・修理・調整 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
希望する期日	<input type="checkbox"/> 入院日まで <input type="checkbox"/> 概ね 月まで <input type="checkbox"/> 治療と並行して				
歯科治療 留意点	観血的処置	<input type="checkbox"/> 抜歯は問題ありません <input type="checkbox"/> 抜歯が必要な場合、時期について注意が必要です <input type="checkbox"/> 抜歯は原則禁忌となります			
	抗菌薬、鎮痛剤 等の処方	<input type="checkbox"/> 問題ありません <input type="checkbox"/> ご配慮下さい( )			
	歯科処置上の リスク	<input type="checkbox"/> 特に問題なく、通常の歯科治療が可能です <input type="checkbox"/> 白血球数が少なく菌性感染症のリスクが高い状態になる時期があります <input type="checkbox"/> 口腔乾燥が強く、う蝕リスクが高い時期が持続します <input type="checkbox"/> 顎骨骨髓炎、骨壊死などのリスクがあります			
その他 特記事項					