

周術期連携歯科医院のスタッフの皆様へ
～周術期口腔機能管理による医療連携のお願い～

平素よりご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度は、当病院にて手術を予定されている患者さんの歯科治療、口腔機能管理についてお願い申し上げます。

平成24年4月から周術期口腔機能管理に関する保険算定が可能となっています。今回紹介の患者さんにつきましては、手術前1回、手術後3回（手術日を起点として3ヶ月以内の月1回）の周術期口腔機能管理料（I）の算定が可能です。

本封筒に以下の3点を同封しました。

入院前の処置が終了した時点で当科宛の返信用封筒と共に患者さんにお渡し下さい。 当院入院期間の治療の参考にさせていただきます。

なお、患者さんには当院入院後に歯科口腔外科受付に提出するようにお願いしてありますが、再度その旨をご説明いただけますと幸いです。

【同封書類】

- ① 周術期口腔管理計画書
 - ・ 貴院控え用
- ② 周術期口腔管理報告書 <周管 I（前）280点>
 - ・ 必要項目にチェックをして下さい
 - ・ 2部コピー（1部；患者さんへ、1部；返信用封筒で当科宛）
 - ・ 原本は貴院控え
- ③ 診療情報提供書 <情 I 250点>
 - ・ 貴院から当院宛の情報提供の書類です
 - ・ 必要項目にチェックをして下さい
 - ・ 1部コピー（返信用封筒で当科宛）
 - ・ 原本は貴院控え
- ④ 返信用封筒

ご不明の点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。（平日 8:30～17:00）

平成 年 月 日

地方独立行政法人 静岡県立病院機構
静岡県立総合病院 歯科口腔外科
電話 054-247-6111（内線 2861）
FAX 054-247-6140