

診療情報提供書

周 病菌→歯

年 月 日 発行

紹介先 先生		紹介元 〒 印			
患者氏名	様	TEL FAX			
生年月日	MTSH 年 月 日 歳				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院前管理 <input type="checkbox"/> 退院後管理 <input type="checkbox"/> 退院後歯科治療 <input type="checkbox"/> その他()	周計	<input type="checkbox"/> 算定済 <input type="checkbox"/> 未算定(算定 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)		
		周管	<input type="checkbox"/> 未算定 <input type="checkbox"/> 算定済(最終算定 月 I II)		
		かかりつけ歯科			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有り()
主病名		治療予定	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 抗がん剤(<input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後) <input type="checkbox"/> 放射線(<input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後) <input type="checkbox"/> その他()		
術式		入院予定	月 日 ~ 日間	手術予定日 月 日	
抗がん剤	~	放射線	~		
合併症等					
観血処置	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	抗菌剤前投与	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	エピネフリン	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	その他			

優先順位	感染源除去	清掃性向上	安全性確保
------	-------	-------	-------

処置 1	<input type="checkbox"/> スケーリング・PMTC <input type="checkbox"/> TBI・口腔衛生管理 <input type="checkbox"/> う処・充填 <input type="checkbox"/> 義歯調整・修理 <input type="checkbox"/> 歯の固定 <input type="checkbox"/> 根管処置 <input type="checkbox"/> 不良補綴物除去・研磨 <input type="checkbox"/> 抜歯

処置 2	<input type="checkbox"/> スケーリング・PMTC <input type="checkbox"/> TBI・口腔衛生管理 <input type="checkbox"/> う処・充填 <input type="checkbox"/> 義歯調整・修理 <input type="checkbox"/> 歯の固定 <input type="checkbox"/> 根管処置 <input type="checkbox"/> 不良補綴物除去・研磨 <input type="checkbox"/> 抜歯

処置 3	<input type="checkbox"/> スケーリング・PMTC <input type="checkbox"/> TBI・口腔衛生管理 <input type="checkbox"/> う処・充填 <input type="checkbox"/> 義歯調整・修理 <input type="checkbox"/> 歯の固定 <input type="checkbox"/> 根管処置 <input type="checkbox"/> 不良補綴物除去・研磨 <input type="checkbox"/> 抜歯

--	--