

# 診療情報提供書

周病→歯

年 月 日 発行

|              |  |                      |  |
|--------------|--|----------------------|--|
| 紹介先          |  | 紹介元 <small>〒</small> |  |
| 先生           |  | 印                    |  |
| 患者氏名         | 様  | TEL                  |  |
| 生年月日         | MTSH 年 月 日 歳   | FAX                  |  |
| 紹介目的         | <input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理 <input type="checkbox"/> 歯科治療 <input type="checkbox"/> その他( )   |                      |  |
| 現在 歯科的症状の訴えは | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  | 客観的な歯科的問題点は          | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無        |
| 傷病名(手術対象病名)  |  |                      |  |
| 入院予定日・予定入院期間 | 月  | 日より                  | 約 日間   |
| 治療予定         | <input type="checkbox"/> 手術 ( 月 日 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 術後)<br>予定術式( )<br><input type="checkbox"/> 抗がん剤治療 ( 月 日開始予定)<br>内容 ( )<br><input type="checkbox"/> 放射線治療 ( 月 日開始予定)<br>照射野に頭頸部を <input type="checkbox"/> 含む <input type="checkbox"/> 含まず 計 Gy |                      |  |
| 合併症<br>基礎疾患  | <input type="checkbox"/> 循環器系( ) <input type="checkbox"/> 脳血管系( ) <input type="checkbox"/> 代謝系( )<br><input type="checkbox"/> その他( )   |                      |  |
| 抗血栓薬         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 処方中( )   | 感染症                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )     |
| 現在の<br>処方薬   |  |                      |  |
| 白血球数         | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> WBC=( )   | 血小板                  | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> Plt=( ) |
| 肝機能          | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ALT(GPT)=( ) AST(GOT)=( ) $\gamma$ -GTP=( )   |                      |  |
| 他の異常         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )   |                      |  |
| 抜歯等の観血的処置    | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 注意( ) <input type="checkbox"/> 原則禁忌  |                      |  |
| 抗菌薬、鎮痛剤の処方   | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 注意( )   |                      |  |
| 歯科治療上のリスク    | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥・口内炎 <input type="checkbox"/> その他( )  |                      |  |
| 申し送り事項       |  |                      |  |
| 添付書類         | <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> その他( )  |                      |  |