

紹介先		紹介元 <small>〒</small>	
先生		印	
患者氏名	様	TEL	
		FAX	
生年月日	M T S H 年 月 日 歳		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 歯科治療 <input type="checkbox"/> スクリーニング <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(基礎疾患名)			
基礎疾患 の治療状 況・データ	<input type="checkbox"/> 抗血栓薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり 薬剤名/用量() PT=() PT-INR=() TT=() APTT=() 他() 休薬 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> できれば休薬なしで <input type="checkbox"/> 休薬不可	
	<input type="checkbox"/> 降圧剤	薬剤名/用量() 血圧(/)	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> インシュリン 回数/用量() <input type="checkbox"/> 経口血糖降下剤 薬名/用量() FBS=()mg/dl HbA1c=()%	
	<input type="checkbox"/> BP 製剤	<input type="checkbox"/> 投与予定 (緊急度 <input type="checkbox"/> 1 カ月以内を希望 <input type="checkbox"/> 数か月の猶予あり) <input type="checkbox"/> 投与中 薬名/用量() (開始日)	
	<input type="checkbox"/> ステロイド	薬名/用量() 投与期間()	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 処方 () 主なデータ	
歯科治療時の 注意点	観血処置	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 要注意(<input type="checkbox"/> 要抗菌剤前投薬) <input type="checkbox"/> 原則禁忌	
	抗菌薬投与	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 薬剤・用量注意(投与可能:)	
	鎮痛剤投与	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 薬剤・用量注意(投与可能:)	
	エピネフリン	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 原則禁忌	
	その他	<input type="checkbox"/> 注意点あり()	
その他の連絡事項			