

# 口腔機能管理依頼書 兼 診療情報提供書

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男 ・ 女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳) 職業

傷病名

先生には日頃たいへんお世話になっております。下記患者様につきまして、ご多忙中のところ誠に恐れ入りますが、ご高診およびご加療の程よろしくお願い申し上げます。

紹介目的

1. 当院における治療予定疾患

2. 合併疾患の状態

- 高血圧症  心臓疾患  代謝性疾患  糖尿病  虫垂炎  
 胃炎・逆流性食道炎  胃潰瘍・十二指腸潰瘍  肝臓疾患  
 腎臓疾患  肺疾患  喘息  脳血管疾患  
 神経疾患  精神疾患  その他 ( )

既往歴及び  
家族歴

3. 服薬

- 抗菌剤  可  不可 アレルギー  有 ( )  
鎮痛剤  可  不可  無

症状経過及び検  
査結果

4. 主病に対する治療（手術療法・放射線療法・化学療法）の予定（がんの場合記入）

- 手術予定日： 年 月 日 手術名：  
 化学療法 開始予定日： 年 月 日 治療名：  
 放射線療法 開始予定日： 年 月 日 照射法、部位：  
 入院予定日： 年 月 日 ・ 未定  
 ゼメタ ・ ランマーク 投与予定 有 ・ 無

治療経過

5. 避けて頂きたい歯科診療内容

- 観血処置（抜歯を含む）  可  不可 感染リスクが高い治療  可  不可  
がん治療中口腔管理  可  不可  
特記事項

現在の処方

6. 術前治療可能期間

年 月 日 までをお願いします。

7. 今回の化学療法で骨髄抑制が起こり得る予想期間

年 月 日 から 年 月 日 ごろまで

備考

8. 以下のデータは別紙参照してください。

- 投薬  血液データ  その他

9. その他