

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

令和 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・令 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

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

備考

9. その他