

診療情報提供書

R 年 月 日

歯科医院
先生 御侍史

病院 科

住所
電話
担当医名 印

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
病 名			
紹 介 目 的	いつもお世話になっております。 当科にて上記病名に対し治療を予定しております患者さんですが、治療を実施する前に、 周術期等口腔機能管理を貴院にて開始して頂きたく、紹介させていただきます。当科治療実施ま でに行っておくべきう蝕・歯周病等の歯科処置およびオーラルケアを行って頂ければ、幸いに 存じます。お忙しいところ、誠に申し訳ございませんが、何卒、御高診御加療の程、よろしくお願い い申し上げます。		
□手術	□実施 (手術名 , 年 月 日) □予定 (手術名 , 年 月 日) □未定		
□化学療法	□実施 (年 月 日 ~ 年 月 日) □予定 (年 月 日 ~ 年 月 日) □未定		
□放射線療法	□実施 (年 月 日 ~ 年 月 日) □予定 (年 月 日 ~ 年 月 日) □未定 照射部位：口腔含む・含まない 照射量： _____ 回 _____ Gy		
□骨代謝回転 抑制剤 (BP 製剤等)	□実施 (年 月 日 ~ 年 月 日) □予定 (年 月 日 ~ 年 月 日) □未定 薬剤名：		
□現在の処方			
□備 考 (歯 科 治 療 上 の 問 題 点 ・ 注 意 点 等)			