

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実施致しました患者さんですが、その後の周術期等口腔機能管理を貴院にてお願い致したく、紹介させていただきます。今後、必要な歯科治療及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、よろしくお願い申し上げます。		
□手術	□実施 (手術名 □予定 (手術名 □未定	、	年 月 日) 年 月 日)
□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)			