

# 診療情報提供書（周術期口腔管理：手術連携開始用）

年 月 日

提供先医療機関名

歯科・歯科医院・歯科クリニック

歯科口腔外科

先生御待史

提供元歯科医療機関の名称 ○○○○○○○○○○

所在地 ○○○○○○○○○○○○○○

TEL○○○-○○○-○○○○

医師名

ご多忙中恐縮ですが、何卒ご高診の程よろしくお願い申し上げます。

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	M/T/S/H 年 月 日生（ 歳）
傷病名	がん疾患名 歯科疾患名		
紹介内容	平素よりお世話になっております。 ご紹介致します患者さんは、当院にて外科手術による、上記がんの治療を予定致しております。つきましては、がん治療に伴う口腔合併症のリスク軽減のため、以下の歯科前処置を貴院にてお願いします。ご多忙の折、恐縮に存じますが何とぞ宜しくお願い申し上げます。		
処置依頼	依頼内容 ① 周基本検査 ② 歯石除去 ③ 口腔衛生指導（必要時 動揺歯 固定）の3つです。 C処置や根管治療の必要な歯がある場合には、応急処置（感染歯質の除去、う窩の仮封材による封鎖など）をおこなっていただきますようお願いいたします。特に手術に伴う肺炎や創部感染のリスクについても簡単に解説するようお願いいたします。		
連絡・ 問い合わせ	ご不明な点がございましたら○○○-○○○-○○○○内線○○○○までお電話ください（平日の8時半から17時まで）。		
連絡事項	手術後に継続して歯科処置、歯科治療が必要な場合には、貴院を再受診していただくよう逆紹介をさせていただきます。 周術期口腔機能管理計画書のコピーを1部同封いたしました。貴院での口腔管理指導時に参考にさせていただきますと幸いです。処置終了した場合、患者さんに提供される周術期口腔機能管理報告書（I）のコピーを1部当院にいただけますと、口腔管理の方法を共有できます。お手数ですが返信用封筒にコピー1部を入れ、入院時に患者さんに持参するように指示してください。		