

診療情報提供書（周術期口腔管理：退院用）

年 月 日

提供先医療機関名

提供元歯科医療機関の名称 ○○○○○○○○○○○○○○○○

歯科・歯科医院・歯科クリニック

所在地 ○○○○○○○○○○○○

歯科口腔外科

TEL○○○-○○○-○○○○

先生御待史

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		
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、貴院にて手術前の口腔機能管理を受けた後、当院で手術を終了した患者さんです。手術は終了しましたが、継続して歯科処置、口腔管理を行う必要があるようです。ご多忙の折、恐縮に存じますがご診察、ご処置を宜しくお願い申し上げます。		
処置 依頼	依頼内容		
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			