

診療情報提供書（周術期口腔管理：連携開始用）

年 月 日

提供先歯科医療機関名

歯科・歯科医院・歯科クリニック

提供元医療機関名

所在地 ○○○○○○○○○まる

TEL ○○○-○○○-○○○○（代表）

医科歯科連携専用 相談窓口：内線○○○○

先生御待史

医師名

ご多忙中恐縮に存じますが、何卒ご高診の程、よろしくお願ひ申し上げます。

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					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理依頼（手術・放射線・化学療法） <input type="checkbox"/> 歯科治療依頼 <input type="checkbox"/> その他				
治療予定 検査結果 治療経過	が ん 治 療 予 定 と 既 往	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 頭頸部 放射線療法 <input type="checkbox"/> BP 剤/抗ラ ンクル抗体 直近の 血液検査 DATA (/ /)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 開始予定・実施・未定（ 年 月 日 ） 手術による口腔内の変化 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 肺炎のリスク <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 開始予定・実施・未定（ 年 月 日～ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> あり（内容：レジメン） _____ <input type="checkbox"/> 化学療法中 nadir 時 好中球数<1000/ μ l（あり・なし） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 予定・実施・未定（ 年 月 日～ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> あり（照射部位：口腔含む・含まない 照射量： _____ Gy） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 予定・実施・未定（ 年 月 日～ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> あり（ 年 月～ 年 月） 薬剤名： <input type="checkbox"/> 白血球数： _____（好中球数： _____） <input type="checkbox"/> 血小板数： _____ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
	現在の処方	抗凝固剤 使用（なし・あり：薬剤名 _____）			
	備考（判定は 本書類記入日 の全身状態を 参考に記入し ています）	歯 科 治 療 の 留 意 点	観血的処置 （抜歯） 歯科の抗菌薬 鎮痛剤処方 歯科治療上の リスク	<input type="checkbox"/> 抜歯は問題ありません <input type="checkbox"/> 抜歯が必要な場合、時期について注意が必要です <input type="checkbox"/> 抜歯は原則禁忌となります <input type="checkbox"/> 問題ありません <input type="checkbox"/> ご配慮下さい（ _____ ） <input type="checkbox"/> 特に問題はなく、通常の歯科治療が可能です <input type="checkbox"/> 白血球数が少なく歯性感染症のリスクが高い状態になる時期があります <input type="checkbox"/> 口腔乾燥が強く、う蝕リスクが高い時期が継続します <input type="checkbox"/> 顎骨骨髓炎・壊死などのリスクがあります	
		その他 申し送り 事項など			