

## 診療情報提供書（放射線、化学療法連携開始用）

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	<b>がん疾患名</b> 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（ <input type="checkbox"/> 放射線治療・ <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療・ <input type="checkbox"/> 化学放射線治療）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いたします。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 <基本的な依頼事項> 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。特に口腔粘膜炎や口腔乾燥、味覚異常等のがん治療に伴う口のトラブルの管理方法について説明するようお願いいたします。		
連絡・問い合わせ	放射線治療中または化学療法中に歯科的問題が生じた場合、治療に関してご不明な点がありましたら○○○-○○○-○○○○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	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。貴院での口腔管理時に参考にしていただけますと幸いです。		