

診療経過報告書（放射線、化学療法連携開始用）

年 月 日

提供先医療機関名 ○○○○○○○○○○ 病院 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 FAX 歯科医師名
---	--

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。

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	がん治療手術前 口腔管理の経過・結果報告						
症状経過 検査結果 治療経過	検査	<input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> う蝕の検査 <input type="checkbox"/> 歯周組織の検査 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	指導管理	<input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 舌・軟組織衛生の指導 <input type="checkbox"/> 義歯取扱の指導 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	基本処置	<input type="checkbox"/> う蝕歯の処置 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 軟組織の処置 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	保存・補綴処置	<input type="checkbox"/> 充填・被覆冠処置 <input type="checkbox"/> 義歯の新製・修理・調整 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	その他	内容 ()					
現在処方							
終了時 口腔状態	口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良					
	歯肉/粘膜	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 炎症有り <input type="checkbox"/> 急性症状を呈する感染あり					
	歯牙	<input type="checkbox"/> 良好(無歯顎も含む) <input type="checkbox"/> う蝕(C 2以上)・残根有り <input type="checkbox"/> 固定を要する動揺歯有り					
	義歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 適合良好 <input type="checkbox"/> 適合不良 <input type="checkbox"/> 使用せず					
		<input type="checkbox"/> 無					
その他							
申し送り事項など							