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　　提供元歯科医療機関の名称○○○○○○○○○○

○○○○○○○○○　病院　　所在地○○○○○○○○○○

歯科・口腔外科　　TEL

FAX

先生御待史　　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	□Ｘ線検査　□う蝕の検査　□歯周組織の検査 □その他（　）		
	指導管理	□ブラッシング指導　□舌・軟組織衛生の指導　□義歯取扱の指導 □その他（　）		
	基本処置	□う蝕歯の処置　□歯周治療　□動揺歯の固定　□抜歯 □軟組織の処置　□その他（　）		
	保存・補綴処置	□充填・被覆冠処置　□義歯の新製・修理・調整 □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	□良好　□普通　□不良		
	歯肉/粘膜	□良好　□炎症有り　□急性症状を呈する感染あり		
	歯牙	□良好(無歯顎も含む)　□う蝕(Ｃ２以上)・残根有り □固定を要する動揺歯有り		
	義歯	□有　□適合良好　□適合不良　□使用せず		
		□無		
	その他			
申し送り 事項など				

このフォームは日歯・国がん連携テキスト　引用改変して作成しています