

# 診療情報提供書

年 月 日

【提供先歯科医療機関】

【提供元医療機関】

所在地及び名称

電話番号

先生御机下

医師名

Ⓜ

患者氏名	性別 男 ・ 女 生年月日 年 月 日 ( 歳)	
患者住所	電話番号 ( )	
紹介目的	<input type="checkbox"/> がん治療等の周術期に伴う口腔管理 <input type="checkbox"/> 糖尿病に伴う歯周病管理 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症治療に伴う口腔管理 <input type="checkbox"/> 脳卒中患者における口腔機能の回復 <input type="checkbox"/> 感染症（肺炎等）予防のための口腔機能の回復（口腔ケア、食支援等） <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群に伴う口腔管理（スリープスプリント） <input type="checkbox"/> スポーツにおける口腔の外傷予防（マウスガード） <input type="checkbox"/> 急性外傷に伴う口腔機能（咬合）の回復 <input type="checkbox"/> 気管内挿管時の歯の保護 <input type="checkbox"/> 妊娠に伴う口腔管理 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
治療経過と治療予定	<input type="checkbox"/> がん治療	<input type="checkbox"/> 既往あり <input type="checkbox"/> 手術 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 化学療法 ( 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 放射線治療 ( 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 治療中 (手術・化学療法・放射線治療) <input type="checkbox"/> 実施予定 (手術・化学療法・放射線治療) ( 年 月 日・未定) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 心臓病治療	<input type="checkbox"/> 既往あり <input type="checkbox"/> 投薬加療中 (薬剤名 : ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 糖尿病治療	HbA1c %、空腹時血糖値 mg/dL <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症治療	<input type="checkbox"/> BP 剤剤の既往 (期間 : ) <input type="checkbox"/> 抗 RANKL 抗体の既往 (期間 : ) <input type="checkbox"/> その他薬剤の既往 (薬剤名 : ) <input type="checkbox"/> ( ) 実施予定 ( 年 月 より・未定) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> その他の治療 ( )	
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 感染症の有無	<input type="checkbox"/> HBV : 陽性・陰性・不明 <input type="checkbox"/> HCV : 陽性・陰性・不明 <input type="checkbox"/> 梅毒 (ワ氏) : 陽性・陰性・不明 <input type="checkbox"/> HIV : 陽性・陰性・不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )
申し送り事項 (現在の処方薬・家族歴など)		