

診療情報提供書

紹介先歯科医療機関名

紹介元医療機関名

担当医

先生御机下

〒 - - (内線)
TEL: - -

お世話になります。ご多忙中と存じますが、ご加療のほどよろしくお願い申し上げます。

ふりがな 名前	(男・女) 西暦 年 月 日生 歳
傷病名	感染症の有無： <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり ()
紹介目的	<input type="checkbox"/> 歯科治療依頼 (部位：) (内容：) <input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理の継続依頼
治療経過	手術 <input type="checkbox"/> 手術歴なし <input type="checkbox"/> あり：西暦 年 月 日実施 (内容：)
	化学療法 <input type="checkbox"/> 既往なし <input type="checkbox"/> あり (内容：)
	頭頸部への放射線治療 <input type="checkbox"/> 照射歴なし <input type="checkbox"/> 照射歴あり (照射部位： 、照射線量 Gy)
	骨吸収抑制剤の投与歴 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり (ありの場合、その内容を下記に記入して下さい) <input type="checkbox"/> ビスフォスフォネート (薬剤名：) 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日・投与中 <input type="checkbox"/> デノスマブ (ランマーク®) 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日・投与中 <input type="checkbox"/> その他 ()
	血液検査結果 (西暦 年 月 日実施分) <input type="checkbox"/> 白血球数 _____ / μ L (基準値内・高・低) <input type="checkbox"/> 血小板数 _____ $\times 10^4$ / μ L (基準値内・高・低) <input type="checkbox"/> その他 ()
現在の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容：)
歯科治療上の留意点	<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"/> 抜歯等の観血的処置は原則禁忌です。 <input type="checkbox"/> 白血球数が少なく感染のリスクが高い状態になる時期があるので注意して下さい。 <input type="checkbox"/> 顎骨骨髓炎・壊死などのリスクがあります。 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他	