

## 診療情報提供書

年 月 日

提出先歯科医療機関名

提出元医療機関名

所在地

電話番号

先生御侍史

医師名

患者氏名	男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日 ( 歳)
がん診断名						
紹介内容	平素より大変お世話になっております。 がん治療(手術・放射線療法・化学療法・緩和ケア)が実施または予定されています。 【実施(予定)日: 年 月 日】 つきましては、がん治療に伴う口腔管理を貴院にてお願いします。 ご多忙の折、大変恐縮ですが何とぞよろしくお願い致します。					
依頼目的	<input type="checkbox"/> 口腔の状態確認 <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理 <input type="checkbox"/> がん治療に伴う口腔合併症の予防 <input type="checkbox"/> 周術期呼吸器関連肺炎の予防 <input type="checkbox"/> 顎骨壊死の予防(放射線障害、ビスホスホネート、デノスマブ等) <input type="checkbox"/> 気管挿管時の歯牙脱臼防止処置 <input type="checkbox"/> その他( )					
血液検査	白血球数: 好中球数: 血小板数: <input type="checkbox"/> 別紙添付 <input type="checkbox"/> 未検査					
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心疾患( ) <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 不整脈(ペースメーカー: なし・あり) <input type="checkbox"/> その他( )					
内服薬	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬、抗凝固薬の使用 <input type="checkbox"/> 別紙添付					
感染症	<input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> その他( )					
歯科治療時の注意点	<input type="checkbox"/> 特に全身状態に問題はなく、通常の歯科治療が可能です。 <input type="checkbox"/> 出血傾向のため観血処置(抜歯等)に留意してください。 <input type="checkbox"/> 骨髄抑制のため観血処置(抜歯等)に留意してください。 <input type="checkbox"/> 顎骨への放射線治療のため観血処置(抜歯等)に留意してください。 <input type="checkbox"/> ビスホスホネート製剤等使用のため観血処置(抜歯等)に留意してください。 <input type="checkbox"/> 体位制限が必要です。(誤嚥のリスク、骨転移、その他: ) <input type="checkbox"/> その他( )					
連絡事項	当病院(歯科、歯科口腔外科)による周術期口腔機能管理計画書の作成: なし・あり (複写添付) がん治療方針(根治的・姑息的) 予測される生命予後(年単位・月単位・週単位・不明)					