

## 診療情報提供書

年 月 日

提出先医療機関名

病院

科

先生御侍史

提出元歯科医療機関名

所在地

電話番号

歯科医師名

患者氏名	男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日 ( 歳)
歯科診断名						
紹介目的	平素より大変お世話になっております。 当歯科における口腔管理の経過・結果報告をさせていただきます。					
初診日	年 月 日					
当歯科に おける指導・ 処置	<input type="checkbox"/> 口腔衛生指導および口腔ケア <input type="checkbox"/> う蝕および歯周治療 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他( )					
当歯科処方	<input type="checkbox"/> 抗生剤( ) <input type="checkbox"/> 鎮痛剤( ) <input type="checkbox"/> 含嗽剤( ) <input type="checkbox"/> その他( )					
現在の 口腔状態	口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良				
	歯肉・粘膜の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 軽度炎症あり <input type="checkbox"/> 消炎が必要な炎症あり				
	歯の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要治療歯あり <input type="checkbox"/> 要経過観察歯あり				
	義歯の状態	<input type="checkbox"/> 適合良好 <input type="checkbox"/> 適合不良 <input type="checkbox"/> 義歯なし				
	その他					
申し送り事項等						