

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

医師名

先生御侍史

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							
当病院	科の治療経過						
今後は	<input type="checkbox"/> 外来化学療法等の予定です。 <input type="checkbox"/> 緩和ケアの予定です。 <input type="checkbox"/> 外来で経過観察の予定です。 <input type="checkbox"/> ()の予定です。						
※当病院(歯科、歯科口腔外科)での口腔管理の実施 (あり・なし)							
周術期口腔機能管理計画書の複写添付 (あり・なし)							
紹介内容	平素より大変お世話になっております。 <input type="checkbox"/> (手術・放射線療法・化学療法・化学放射線療法)によるがん治療が終了しました。 <input type="checkbox"/> (外来放射線治療・外来化学療法)が行われています。 つきましては、貴院にて継続的な口腔管理をお願いします。 ご多忙の折、大変恐縮ですがお願いします。						
処置依頼	<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管理・治療 <input type="checkbox"/> 顎骨壊死の予防管理・治療(放射線障害、ビスホスホネート、デノスマブ等) <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						
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						
治療時の注意点	<input type="checkbox"/> 特に全身状態に問題はなく、通常の歯科治療および口腔管理が可能です。 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥に対する管理をお願いいたします。 <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	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)						