

周術期口腔機能管理依頼書

年 月 日

歯科医療機関

医療機関の名称 _____

歯科診療所名 医療法人社団 河底歯科・矯正歯科 _____ 科

所在地 広島県福山市三吉町 2 丁目 14-8 _____

Tel _____ (内線: _____)

Tel 084-931-0041 Fax 084-931-0093 _____

Fax _____

_____ 河底晴紀 先生侍史

医師名 _____ 印

患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日（ <input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令） 年 月 日（ 歳）	
患者住所 〒 _____ 県 _____ 市郡村 _____ 町 _____			電話番号： 職業：	
傷病名		<input type="checkbox"/> 周術期の歯周基本治療および口腔ケア <input type="checkbox"/> 暫間固定		
紹介目的		<input type="checkbox"/> う歯の処置 <input type="checkbox"/> 歯周炎の処置 <input type="checkbox"/> 義歯処置 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 周術期管理計画策定依頼（ <input type="checkbox"/> 術前/ <input type="checkbox"/> 術後）		
既往歴及び家族歴				
PS (Performance Status)		<input type="checkbox"/> 0：制限無く動ける <input type="checkbox"/> 1：歩行、軽労働可 <input type="checkbox"/> 2：少量の介助・日中 50%以上起居 <input type="checkbox"/> 3：介助多、日中 50%以上就床 <input type="checkbox"/> 4：常時介助、終日就床		
治療予定	手術	<input type="checkbox"/> 予定日（ 年 月 日）/ <input type="checkbox"/> 未定 術式：		
検査結果 治療経過	化学療法	<input type="checkbox"/> 化学療法の予定あり 開始予定（ 年 月 日～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 化学療法中 実施期間（ 年 月 日～ 年 月 日）		
	放射線療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法の予定あり 開始予定（ 年 月 日～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 放射線療法中 実施期間（ 年 月 日～ 年 月 日） 照射部位： 照射量： Gy		
	M R O N J に 関わる薬剤	<input type="checkbox"/> 投与の予定あり 開始予定（ 年 月 日～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 投与中 実施期間（ 年 月 日～ 年 月 日）		
	直近の血液 検査 DATA	*データは別添資料		
歯科治療の留意点		<input type="checkbox"/> 特に問題なく、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ください。 <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（ _____ ）		
現在の処方				
その他 注意事項				