診療情報提供（医科・病院歯科→歯科）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（周術期　医科歯科連携用）

**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　　　　　　男　女 | | | | 生年月日（明・大・昭・平・令）　年　　月　　日（　　歳） | |
| 患者住所　　〒  　　　　県　　　　市郡村　　　　町 | | | | | 電話番号：  職業： |
| 傷病名 | | | 周術期の歯周基本治療および口腔ケア  暫間固定 | | |
| 紹介目的 | | | う歯の処置　歯周炎の処置　義歯処置　抜歯  周術期管理計画策定依頼（術前／術後） | | |
| 既往歴及び家族歴 | | |  | | |
| PS  (Performance Status) | | | 0：制限無く動ける 1：歩行、軽労働可 2：少量の介助・日中50％以上起居  3：介助多、日中50％以上就床　4：常時介助、終日就床 | | |
| 治療予定  検査結果  治療経過 | 手術 | | 予定日（　　年　　月　　日）／未定　　　術式： | | |
| 化学療法 | | 化学療法の予定あり　　開始予定（　　年　月　日～　　年　月　日）  化学療法中　　　　　　実施期間（　　年　月　日～　　年　月　日） | | |
| 放射線療法 | | 放射線療法の予定あり　開始予定（　　年　月　日～　　年　月　日）  放射線療法中　　　　　実施期間（　　年　月　日～　　年　月　日）  照射部位：　　　　　　　照射量：　　　　　Gy | | |
| ＭＲＯＮＪに関わる薬剤 | | 投与の予定あり　　　　開始予定（　　年　月　日～　　年　月　日）  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 | | 特に問題なく、通常の歯科治療が可能です。  抜歯等の観血的処置は原則禁忌です。  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。  顎骨骨髄炎・壊死などのリスクがあります。  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 現在の処方 | |  | | | |
| その他  注意事項 | |  | | | |