【連携登録歯科医療機関→病院】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（手術・放射線、化学療法、緩和ケア）

**診療情報提供書**

年　　　 月　　　 日

提出先医療機関名　　　　 　　提出元歯科医療機関名

　　　　　　　　　　　　病院　　　　　　科　　　　　　 　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　 　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　先生御侍史　　　　　 　　歯科医師名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 男・女 | | 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和  　　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 | 口腔衛生指導  う蝕および歯周処置  抜歯  義歯（ 新製 ・ 修理 ・ 調整 ・ 指導 ）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 当歯科処方 | 抗生剤（　　　　　　　　　　　　　　　）　　 鎮痛剤（　　　　　　　　　　　）  含嗽剤（　　　　　　　　　　　　　　　）　　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 現在の  口腔状態 | 口腔衛生状態 | 良好　　　 普通　　　 不良 | | |
| 歯肉・粘膜の状態 | 良好　　　 軽度炎症あり　　　 消炎が必要な炎症あり | | |
| 歯の状態 | 良好　　　 要治療歯あり　　　 要経過観察歯あり | | |
| 義歯の状態 | 適合良好　　　 適合不良　　　 義歯なし | | |
| その他 |  | | |
| 申し送り事項など  う蝕・歯周治療、口腔ケア等の口腔管理は完了しています。  う蝕・歯周治療、口腔ケア等の口腔管理を終了しておりません。今後も歯科的な介入が必要です。  う蝕・歯周治療、口腔ケア等に関して可及的処置は行いましたが、継続して歯科の介入が必要と考えます。  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 連絡事項 | | | | |