【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 |