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

**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

　　　　　　　　　　　　　　　　先生御侍史　　　　　 　　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） |
| がん診断名 |  | | |
| 当病院　　　　　　　　　　　科の治療経過  今後は  外来化学療法等の予定です。  緩和ケアの予定です。  外来で経過観察の予定です。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）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。  （ 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。  （ 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 | 口腔の状態確認  口腔衛生管理  がん治療に伴う口腔合併症の予防管理・治療  顎骨壊死の予防管理・治療（放射線障害、ビスホスホネート、デノススマブ等）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 血液検査 | 白血球数：　　　　　　　　　好中球数：  血小板数：　　　　　　　　 別紙添付 | | |
| 内服薬 | 抗血小板薬、抗凝固薬の使用  別紙添付 | | |
| ＡＤＬ | 移動：　　 自立歩行　　 杖歩行　　 車椅子  構音障害（発声障害）　　 視覚障害　　 難聴（ 右 ・ 左 ）  その他（　　　　　　　　　　） | | |
| 治療時の  注意点 | 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。  口腔乾燥に対する管理をお願いいたします。  出血傾向のため観血処置（抜歯等）に留意してください。  骨髄抑制のため観血処置（抜歯等）に留意してください。  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。  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。  体位制限が必要です。（誤嚥のリスク、骨転移、その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  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 ） | | |