

診療情報提供書

周 歯→病

年 月 日 発行

紹介先		紹介元 <small>〒</small>	
先生		印	
患者氏名		TEL	
	様	FAX	
生年月日	MTSH 年 月 日 歳		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理報告 <input type="checkbox"/> その他()		
現在 歯科的問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
傷病名(手術対象病名)			
入院予定日			
検査内容・結果 処置内容	検査	<input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> う蝕検査 <input type="checkbox"/> 歯周組織検査 <input type="checkbox"/> その他()	
	指導	<input type="checkbox"/> ブラッシング・衛生指導 <input type="checkbox"/> 義歯取扱指導 <input type="checkbox"/> その他()	
	処置	<input type="checkbox"/> 専門的清掃 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> う蝕処置・充填処置 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 義歯修理・調整・新製 <input type="checkbox"/> 冠補綴処置 <input type="checkbox"/> その他()	
現在の処方	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
現在の 口腔状態	衛生状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一部注意点あり() <input type="checkbox"/> 不良	
	歯肉・粘膜	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度炎症 <input type="checkbox"/> 中度以上の炎症 <input type="checkbox"/> 急性症状を伴う炎症	
	歯の状態	<input type="checkbox"/> 良好・略治(無歯顎含む) <input type="checkbox"/> う蝕・残根あり <input type="checkbox"/> 要治療歯あり	
	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 適合良好 <input type="checkbox"/> 適合不良 <input type="checkbox"/> 使用を中断	
注意点 申送り事項			
入院中の口腔衛生管理	<input type="checkbox"/> 患者に指導済 <input type="checkbox"/> 家族に指導済 <input type="checkbox"/> 病棟での管理が必要 <input type="checkbox"/> 往診にて対応		
口腔衛生管理 上の注意点	<input type="checkbox"/> 患者へ清掃を促してください <input type="checkbox"/> 介助が必要です <input type="checkbox"/> 積極的介入が必要です		
	注意すべき部位		
	清掃方法		
	その他		
申送り事項			
添付	<input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理計画書(写し) <input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理報告書(写し) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> その他()		