診療情報提供（医科→歯科）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（周術期歯科医療連携用）

**周術期口腔機能管理システム口腔機能管理依頼書**

令和　　年　　月　　日

歯科医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　病院

歯科診療所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

　　　　所在地

　　　　　　　　　　　先生侍史　　　　Tel　　　　　　　　　　　Fax

　　　　　　　　地域医療連携専用窓口　　内線

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

ご多忙中とは存じますが、何卒ご高診の程、よろしくお願い申しあげます。

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　男　女　　生年月日（明・大・昭・平・令）　年　　月　　日（　　歳） |
| 傷病名 |
| 紹介目的　　　　　　　　 □口腔ケア　□う歯の処置　□歯周炎の処置　□義歯処置　□抜歯  □その他： |
| 既往歴及び家族歴 |
| PS　　　　　　　　　　　 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　(Performance Status)　　 ３：介助多、日中50％以上就床　４：常時介助、終日就床 |
| 治療予定　手術　　　　　　予定日（　　年　　月　　日）  検査結果  治療経過　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  　　　　　ビスフォス □投与の予定あり　　　　開始予定（　　年　月　日～　　年　月　日）  　　　　　フォネート剤 □投与中　　　　　　　　実施期間（　　年　月　日～　　年　月　日）    直近の血液　　　＊データは別添資料  検査DATA |
| 観血的  処置の  可否  歯科治療  の留意点 |
| 現在の  処方 |
| その他  注意事項 |