

診療情報提供書

紹介先歯科医療機関名

紹介元医療機関名

担当医

先生御机下

〒 - - (内線)
TEL : - - (内線)

お世話になります。ご多忙中と存じますが、ご加療のほどよろしくお願い申し上げます。

ふりがな 名前	(男・女) 西暦 年 月 日生 歳
傷病名	感染症の有無： <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり ()
紹介目的	<input type="checkbox"/> 歯科治療依頼(部位：) (内容：) <input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理の継続依頼
治療経過	手術 <input type="checkbox"/> 手術歴なし <input type="checkbox"/> あり：西暦 年 月 日実施(内容：)
	化学療法 <input type="checkbox"/> 既往なし <input type="checkbox"/> あり(内容：)
	頭頸部への放射線治療 <input type="checkbox"/> 照射歴なし <input type="checkbox"/> 照射歴あり(照射部位： 、照射線量 Gy)
	骨吸収抑制剤の投与歴 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり(ありの場合、その内容を下記に記入して下さい) <input type="checkbox"/> ビスフォスフォネート(薬剤名：) 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日・投与中 <input type="checkbox"/> デノスマブ(ランマーク®) 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日・投与中 <input type="checkbox"/> その他 ()
	血液検査結果 (西暦 年 月 日実施分) <input type="checkbox"/> 白血球数 <u> </u> / μ L (基準値内・高・低) <input type="checkbox"/> 血小板数 <u> </u> $\times 10^4$ / μ L (基準値内・高・低) <input type="checkbox"/> その他 ()
現在の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容：)
歯科治療上の留意点	<input type="checkbox"/> 特に問題はなく、通常の歯科治療が可能です。 <input type="checkbox"/> 抜歯等の観血的処置は原則禁忌です。 <input type="checkbox"/> 白血球数が少なく感染のリスクが高い状態になる時期があるので注意して下さい。 <input type="checkbox"/> 顎骨骨髓炎・壊死などのリスクがあります。 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他	

(患者受診報告書・歯科→医科)

患者受診報告書

令和 年 月 日

医療機関名

歯科医療機関名

病院

歯科・口腔外科

先生御侍史

所在地

電話番号

歯科医師名

印

この度は、_____様をご紹介下さいまして、有り難うございました。

当院を受診されましたので、ご報告いたします。

周術期口腔機能管理計画書（手術）

患者名： 様

記入日：令和 年 月 日

歯周病や齲蝕、それに起因する感染症があると、術後肺炎や創部トラブルなど術後合併症が生じることがあります。また、全身麻酔での気管内挿管時に、動揺歯があると脱落して気管に誤嚥したり、歯牙の破損を生じ咀嚼などに障害を起こすことがあります。これらの理由より、以下の通り周術期における口腔管理を計画いたしました。

① 基礎疾患の状態・生活習慣

高血圧症・糖尿病・脳血管障害・心臓疾患・その他（ ）
服用薬（ステロイド・抗凝固薬・B P製剤・その他（ ）
生活習慣（飲酒・喫煙）

② 主病の手術等の予定 治療予定日：令和 年 月 日

手術（術式： ）
 その他（ ）

③ 口腔内の状態

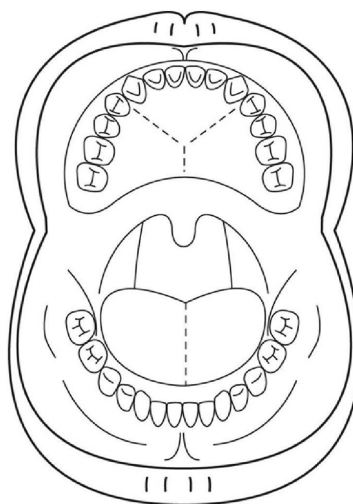
・口腔衛生状態（良好・普通・不良）
・要治療部位（有・無）→（むし歯・根尖病巣 歯周病 埋伏歯 その他）
・動揺歯（有・無）
・義歯の使用（有・無）
・義歯の適合状態（良い・問題なし・要修理）
・ケアの回数 回/日（朝・昼・夕・寝る前）

④ 周術期の口腔機能の管理で実施する内容

口腔ケア指導 専門的歯面清掃
 歯石除去 むし歯・根尖治療
 抜歯 消毒・洗浄・投薬
 義歯調整 義歯新製
 歯の固定・マウスガード作製
 その他（ ）

⑤ 主病の手術に係る日常的なセルフケアに関する指導方針

セルフケアの目的・必要性の説明
 術前の口腔内確認および歯科処置・口腔ケアの指導
 術後の口腔内確認および歯科処置・口腔ケアの指導
 退院後、継続してケアや歯科治療を行う必要性の有無に関する説明



所在地：

医療機関名：

担当医：

電話番号：

周術期口腔機能管理計画書（放射線治療・化学療法・緩和ケア）

患者名： _____ 様 記入日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

化学療法や放射線治療の有害事象により、口腔粘膜炎が増悪し、摂食嚥下障害が生じることがあります。また、歯周病や齲蝕、それに起因する感染症があると、治療後の免疫力低下により感染増悪が生じることがあります。これらの理由より、以下の通り周術期における口腔管理を計画いたしました。

① 基礎疾患の状態・生活習慣

高血圧症・糖尿病・脳血管障害・心臓疾患・その他 (_____)
服用薬 (ステロイド・抗凝固薬・B P 製剤・その他 (_____)
生活習慣 (飲酒・喫煙)

② 主病の治療予定 治療予定日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

- 化学療法 (使用抗癌剤： _____)
 放射線治療 (放射線量 計 _____ グレイ)
 その他 (_____)

③ 口腔内の状態

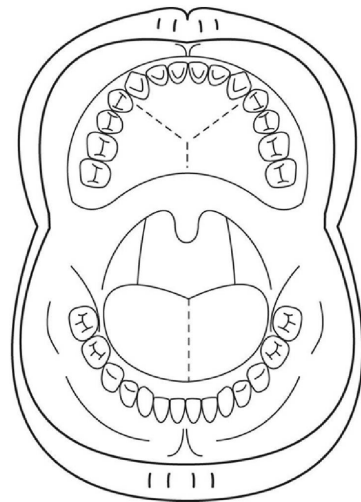
- ・口腔衛生状態 (良好・普通・不良)
- ・要治療部位 (有・無) → (むし歯・根尖病巣 歯周病 埋伏歯 その他)
- ・動揺歯 (有・無)
- ・義歯の使用 (有・無)
- ・義歯の適合状態 (良い・問題なし・要修理)
- ・ケアの回数 _____ 回/日 (朝・昼・夕・寝る前)

④ 周術期の口腔機能の管理で実施する内容

- 口腔ケア指導 専門的歯面清掃
 歯石除去 むし歯・根尖治療
 抜歯 消毒・洗浄・投薬
 義歯調整 義歯新製
 歯の固定・マウスガード作製
 その他 (_____)

⑤ 主病の手術に係る日常的なセルフケアに関する指導方針

- セルフケアの目的・必要性の説明
 化学療法や放射線治療による口腔内に生じる副作用のセルフケア指導
 退院後、継続してケアや歯科治療を行う必要性の有無に関する説明



所在地：

医療機関名：

担当医：

電話番号：

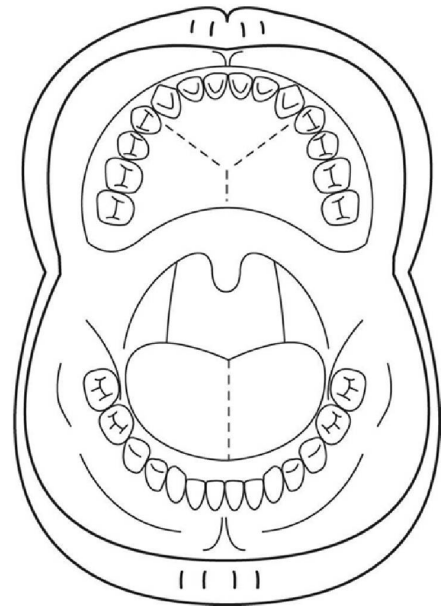
周術期口腔機能管理報告書

患者名： 様

記入日：令和 年 月 日

① 口腔内の状態

- ・ 口腔衛生状態 良好 普通 不良
- ・ 歯の状態 問題なし 問題あり（動揺・齶蝕・食物残渣・プラーク・歯石）
- ・ 歯肉の状態 問題なし 問題あり（発赤・腫脹・出血・排膿・びらん・潰瘍・その他（ ））
- ・ 粘膜の状態（直接記入）
- ・ 口腔乾燥感 正常 乾燥 粘稠 流涎
- ・ 義歯使用 可能 不可
- ・ 義歯清掃状態 良好 不良
- ・ 口内痛、咽頭痛、嚥下痛 なし あり



② 実施内容

- 口腔ケア指導 専門的歯面清掃
- 歯石除去 むし歯・根尖治療
- 抜歯 消毒・洗浄・投薬
- 義歯調整 義歯新製
- 歯の固定・マウスガード作製
- その他（ ）

③ 指導内容

- ・ 口腔清掃の方法（ ）
- ・ 含嗽剤・保湿剤の使用（ ）
- ・ 義歯清掃の方法（ ）

④ その他の必要な口腔ケア指導内容

所在地：

医療機関名：

担当医：

電話番号：

診療情報提供・歯科診療経過報告書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

病院
歯科・口腔外科
先生御侍史

紹介元歯科医療機関の所在地と名称
電話番号

歯科医師名 印

ご多忙中恐縮ですが、何卒ご高診の程よろしくお願い申し上げます。

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	M/T/S/H 年 月 日生 (歳)
傷病名			
紹介目的	口腔管理の経過報告・入院中の口腔管理依頼・その他 ()		
症状経過 検査結果 治療経過	検査	<input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> う蝕の検査 <input type="checkbox"/> 歯周組織の検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	指導管理	<input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 舌・軟組織衛生の指導 <input type="checkbox"/> 義歯取扱の指導 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	基本処置	<input type="checkbox"/> う蝕歯の処置 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 軟組織の処置 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	保存・補綴処置	<input type="checkbox"/> 充填・被覆冠処置 <input type="checkbox"/> 義歯の新製・修理・調整 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	その他	内容 ()	
現在処方			
終了時 口腔状態	口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良	
	歯肉/粘膜	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 炎症有り <input type="checkbox"/> 急性症状を呈する感染あり	
	歯牙	<input type="checkbox"/> 良好(無歯顎も含む) <input type="checkbox"/> う蝕(C 2以上)・残根有り <input type="checkbox"/> 固定を要する動揺歯有り	
	義歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 適合良好 <input type="checkbox"/> 適合不良 <input type="checkbox"/> 使用せず	
		<input type="checkbox"/> 無	
その他			
申し送り 事項など			