

# (例)

## 紹介状 (診療情報提供料 I)

\_\_\_\_\_ 歯科医院 \_\_\_\_\_ 先生侍史

\_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科

\_\_\_\_\_ 印

患者 \_\_\_\_\_ 歳 男・女

医科病名

# 1 \_\_\_\_\_ 手術術前

# 2 \_\_\_\_\_

# 3 \_\_\_\_\_

平素お世話になっております。

# 1 にて周術期等口腔機能管理の必要性があり、以下の予定です。

実施日程 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入院日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術名 : がんと手術 心臓血管外科手術  
移植手術 関節置換術 脳神経外科手術

入院日までに望まれる通院回数 ( \_\_\_\_\_ ) 回

出血傾向 : なし あり ( \_\_\_\_\_ )

局所麻酔の可否 : 可 不可 条件付き可 ( \_\_\_\_\_ )

希望する処置 : 専門的口腔ケア (縁上歯石除去、歯磨き指導など)

抜歯 ( \_\_\_\_\_ )

齲蝕処置 ( \_\_\_\_\_ )

動揺歯の固定 (口腔装置による)

周術期等口腔機能管理 (術前) をお願いいたします。

管理計画策定用紙と貴院から当院・患者への報告書は、同封しております。

お手数をおかけします。