

診療情報提供書

年 月 日

【提供先歯科医療機関】

【提供元医療機関】

歯科・歯科医院・歯科クリニック
先生御待史

〒 -
TEL () - (代表)
医師名

患者氏名	男・女		生年月日	年 月 日生 (歳)
傷病名			紹介目的	☐ 周術期口腔管理依頼 ☐ その他 ()
治療経過と 治療予定	手術	☐ 既往あり (年 月 日) ☐ 実施予定 (年 月 日・未定) (手術による口腔内の変化: あり・なし)		
	化学療法	☐ 既往あり (年 月 日～ 年 月 日) ☐ 実施予定 (年 月 日～ 年 月 日・未定) レジメン (内容): _____ ☐ 化学療法中 nadir 時: 好中球数 (1000/ μ l 未満・1000/ μ l 以上)		
	放射線療法	☐ 既往あり (年 月 日～ 年 月 日) ☐ 実施予定 (年 月 日～ 年 月 日・未定) (照射部位: 口腔含む・含まない 照射量: _____ Gy)		
既往歴	☐ 特記事項なし ☐ 高血圧症 (/) ☐ 糖尿病 (HbA1c %, 空腹時血糖値 mg/dl) ☐ 肝臓疾患 () ☐ 腎臓疾患 (、 ☐ 透析中) ☐ 骨粗鬆症 ☐ 脳血管障害 () ☐ 心臓疾患 (、 ☐ ペースメーカー) ☐ 呼吸器障害 (、SpO ₂ _____%) ☐ アレルギー (、 ☐ 喘息) ☐ その他 ()			
	感染症の有無	☐ 肝炎 (HBV・HCV) ☐ 梅毒 ☐ HIV ☐ その他・不明 ()		
検査結果	血液 DATA (検査日 / /)	血液検査 DATA の写し (添付あり・なし) ☐ 特記事項なし 白血球数 (WBC): _____/ μ l・mm ³ (好中球数: _____/ μ l・mm ³) 血小板数 (PLT): _____万/ μ l・mm ³ PT%: ☐ 正常 ☐ (%) PT-INR: ☐ 正常 ☐ (_____) その他 ()		
使用薬剤と 服用薬	☐ BP 製剤 ☐ 抗 RANKL 抗体製剤 (デノスマブ)	☐ 既往あり (年 月～ 年 月・不明) (薬剤名:) ☐ 実施予定 (年 月～ 年 月・未定) (薬剤名:)		
	☐ 抗凝固剤	薬剤名: _____		
	☐ その他	薬剤名: _____		
その他 申し送り事項				