

様式 1

周術期等口腔機能管理依頼書（手術・化学療法・放射線療法前）

提携先歯科医療機関名

年 月 日

先生御侍史

提携元医療機関名

所在地

TEL

医師名

御多忙中恐縮に存じますが、何卒ご高診の程、よろしくお願い申し上げます。

フリガナ		男・女	生年月日	M T S H	年 月 日生 (歳)
患者氏名					
疾病名 (がん疾患名) 本人告知 (□済・□未)					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 歯科治療を含めた口腔衛生管理 <input type="checkbox"/> その他 ()				
治療予定 治療経過	手術予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 実施予定 (年 月 日頃) <input type="checkbox"/> 未定			
	化学療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 開始予定 (年 月 日～ 年 月 日頃) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 化学療法中 nadir 時 好中球数<1000/ μ l (□あり □なし) <input type="checkbox"/> 実施済 (内容:レジメン)			
	頭頸部領域放射線照射	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 実施予定 (年 月 日～ 年 月 日頃) <input type="checkbox"/> 未定 ※照射部位に口腔を: (□含む □含まない) (照射量: Gy)			
ビスフォスフォネート (BP) or ランマーク (デノスマブ製剤) などの使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未定	※ありの場合 <ul style="list-style-type: none"> ・投与方法 (□静注 □経口) ・使用期間開始時期 年 月頃 ・ステロイド剤併用 (□あり □なし) 			
歯科処置の 留意点	観血的処置 (抜歯)	<input type="checkbox"/> 問題ありません <input type="checkbox"/> 抜歯時期など相談が必要です (対応方法などご相談ください) <input type="checkbox"/> 原則禁忌です (対応方法などご相談ください)			
	治療	<input type="checkbox"/> 問題ありません (問題なく通常の歯科治療が可能です) <input type="checkbox"/> 配慮が必要です (具体的に:)			
	処方	<input type="checkbox"/> 問題ありません <input type="checkbox"/> 配慮が必要です (具体的に:)			
その他 申し送り 事項など	<input type="checkbox"/> 入院日までに可能な範囲の処置をしてください <input type="checkbox"/> 入院中に伴うべき事項を口腔処置終了時の診療情報提供書でお知らせください <input type="checkbox"/> 退院時に必要な事項を口腔処置終了時の診療情報提供書でお知らせください <input type="checkbox"/> その他 具体的に ()				

【病院→連携歯科医療機関】