歯科医院への診療情報提供書に同封させる資料　　市民病院ID

周術期口腔機能管理　報告書

大崎市民病院

＿＿＿＿＿＿＿＿科

＿＿＿＿＿＿＿＿先生御侍史

FAX ←

歯科医療機関

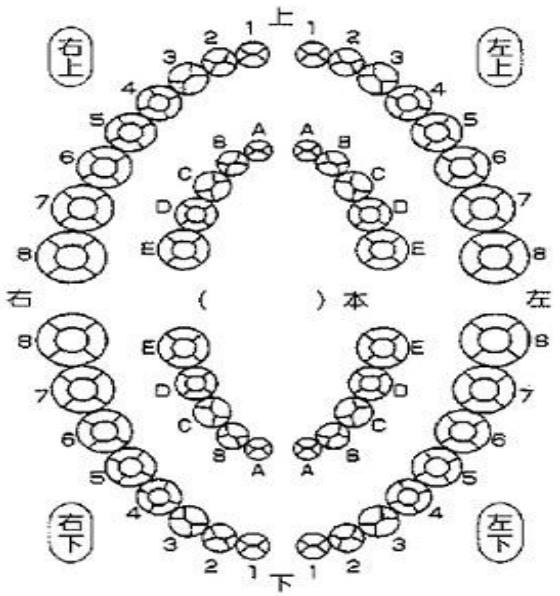
報告日	年　月　日

※作成後は，連携室にFAXしてください。

また，患者に交付し，入院時に持参するよう案内ください。

ﾌﾘｶﾞﾅ					
患者氏名					
生年月日		年齢		性別	

報　告：	上記患者様に対し以下のような歯科処置を行いました。 追加の歯科処置は ☐　不要です。 ☐　自院で行います。 ☐　貴院歯科口腔外科に紹介いたしました。
実施内容：	☐　口腔衛生指導　☐　歯石除去　☐　抜歯 ☐　動揺歯の固定処置　☐　う蝕処置（仮封も含む）　☐　その他
口腔ケア終了時の口腔内の状況について	口腔衛生状態　☐ 良好　☐ やや不良　☐ 不良 歯肉　☐ 良好　☐ 軽中度の歯周炎 ☐ 急性症状を呈する感染あり 歯　☐ 良好　☐ う蝕（C2以上あり）　☐ 残根あり 義歯　☐ あり→　☐ 適合良好　☐ 適合不良　☐ 使用せず ☐ なし



麻酔科への申し送り：

☐　問題なし

☐　中～重度の動揺歯（赤で図示）

☐　前歯のさし歯

☐　そのほかの要注意歯

☐　特記事項

☐ 市民病院連携室にFAX　☐ 原本を患者に交付し，入院時に持参するよう案内する