

診療情報提供書

- ☐
- 周術期口腔機能管理報告書
-
- ☐
- 術前口腔ケア報告書

大崎市民病院

_____ 科

_____ 先生御侍史

FAX

0229-
24-3005

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。併せて、
患者に交付し、入院時に持参するよう案内ください。

フリガナ			
患者氏名			
生年月日		年齢	
		性別	

実施内容：	☐ 口腔衛生指導 ☐ 動揺歯の固定処置	☐ 歯石除去 ☐ う蝕処置(仮封も含む)	☐ 抜歯 ☐ 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 歯肉 歯 義歯	☐ 良好 ☐ 良好 ☐ 急性症状を呈する感染あり ☐ 良好 ☐ あり→ ☐ なし	☐ やや不良 ☐ 軽中度の歯周炎 ☐ う蝕(C2以上あり) ☐ 適合良好 ☐ 適合不良 ☐ 使用せず

	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
--	--

診療情報提供内容	術前処置として下記の歯科治療をいたしました。引き続きご加療のほど宜しくお願い申し上げます。 追加歯科処置は ☐ 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。
処方	☐ ありません ☐ _____

【原本について】作成後は、連携室にFAXしてください。併せて、患者に交付し、入院時に持参するよう案内ください。