診療情報提供書（口腔処置報告書）

年　　月　　日

提供先医療機関名	提供元医療機関名
病院 科 先生御侍史	歯科医院 所在地 電話　　FAX 歯科医師名

患者氏名　　（男・女）	生年月日	明・大・昭・平　　年　月　日（　歳）

紹介目的		口腔管理の経過、結果報告	
症状経過 検査結果 治療経過	実施事項	検査	□X線検査　□う蝕の検査　□歯周病の検査 □その他（　　）
		処置	□う蝕の処置　□歯周病の治療　□抜歯 □動揺歯の固定　□その他（　　）
		歯の修復と欠損部の処置	□修復物・冠の装着　□義歯の新製、修理、調整 □その他（　　）
		指導・管理	□ブラッシング指導　□舌、軟組織衛生の指導 □義歯取扱の指導　□その他（　　）
		その他	内容（　　）
現在の処方			
備考	終了時口腔状況	口腔衛生状態	□良好　□普通　□不良　その他（　　）
		歯肉	□良好　□普通　□不良　その他（　　）
		歯牙	□良好　□う蝕有　□動揺歯有　その他（　　）
		義歯	□有　□適合良好　□適合不良 □無　□使用せず　その他（　　）
		その他	
その他 連絡事項など			

（歯科診療所→病院）