

診療情報提供書(口腔処置終了報告書および依頼書)

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	歯科医院名 所在地 電話 FAX 歯科医師名 ⑩

(フリガナ) 患者氏名	(男・女)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)
紹介目的	術前口腔ケアの経過・結果報告及び入院中管理依頼		
症状経過 検査結果 治療経過	実 施 事 項	検査	<input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> う蝕の検査 <input type="checkbox"/> 歯周病の検査 <input type="checkbox"/> その他()
		処置	<input type="checkbox"/> う蝕の処置 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> その他()
		歯の修復と 欠損部の処置	<input type="checkbox"/> 修復物・冠の装着 <input type="checkbox"/> 義歯の新製、修理、調整 <input type="checkbox"/> その他()
		指導・管理	<input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 舌、軟組織衛生の指導 <input type="checkbox"/> 義歯取扱の指導 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 その他()
		歯肉	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 その他()
		歯牙	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> う蝕有 <input type="checkbox"/> 動揺歯有 その他()
		義歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 適合良好 <input type="checkbox"/> 適合不良 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 使用せず その他()
その他 連絡事項など			

(歯科診療所→医科)