

がん医科歯科連携  
周術期口腔機能管理  
(診療情報提供書)

平成 年 月 日

歯科医療機関所在地：

歯科医療機関名：

担当歯科医師名：

先生

病院 科

担当医師： \_\_\_\_\_

電話番号/FAX \_\_\_\_\_

患者 様 (男・女) 昭和・平成 年 月 日生

上記の患者様は下記病名にて、本院にて入院加療の予定です。  
口腔内に問題がある場合、本院での治療に支障をきたす可能性もありますので、  
本院に入院するまでに口腔機能管理（口腔清掃・応急歯科処置・清掃指導等）をお願いします。  
限られた期間ですので、治療可能な内容に制約のあることは承知しております。

入院主病名： \_\_\_\_\_ 入院予定日：平成 年 月 日

治療方針 手術 化学療法 放射線療法 予定日：平成 年 月 日

自己血貯血 予定日：平成 年 月 日

その他 ( ) 予定日：平成 年 月 日

特記事項 抜 歯 可 制限あり ( )

局 麻 可 制限あり ( )

基礎疾患 無 有 ( 糖尿病 高血圧症 心臓疾患 脳卒中 その他 )

感染症 無 有 ( HCV HBe その他 )

アレルギー 無 有 ( 薬物 食物 その他 )

現在の処方薬

抗菌剤 鎮痛剤 抗血栓薬 ビスホスホネート製剤 ( ゾメタ )

その他 ( )

検査結果等の資料添付 有 無

歯科に特に依頼したい事項

ご不明な点がございましたら本院までご連絡下さい。

病院→歯科