

歯科医師→医師

診療情報提供書B（歯科終了時・経過）

記入日 年 月 日

医療機関名

担当医 _____ 科 _____ 殿	歯科診療所の名称 _____ 所在地 _____ 電話番号 _____ 担当歯科医師氏名 _____ 印
---------------------	--

ご紹介いただきました方の、 歯科所見・経過についてご報告致します

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	年齢
患者住所		電話番号	職業
既往歴		家族歴	

紹介目的	<input type="checkbox"/> 術前の歯科所見報告 <input type="checkbox"/> 術中・術後の歯科所見報告 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
歯科病名	_____		
検査結果 治療内容 等	検査	<input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> むし歯の検査 <input type="checkbox"/> 歯周組織の検査	
		<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（ _____ ）	
	処置	<input type="checkbox"/> むし歯の処置 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> 抜歯	
		<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
歯の修復	<input type="checkbox"/> 充填・被覆冠処置 <input type="checkbox"/> 義歯の新製・修理・調整		
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
その他	_____		
現在の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）		
終了時 口腔状態	口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 概良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	
	歯肉	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度炎症有り <input type="checkbox"/> 急性症状を呈する感染あり	
	歯	<input type="checkbox"/> 良好（無歯顎も含む） <input type="checkbox"/> う蝕（C2以上）・残根有り	
		<input type="checkbox"/> 固定を要する動揺有り <input type="checkbox"/> 急性症状を呈する感染あり <input type="checkbox"/> 抜歯を要する歯有り	
	義歯	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 適合良好 <input type="checkbox"/> 適合不良 <input type="checkbox"/> 使用せず ） <input type="checkbox"/> なし（ <input type="checkbox"/> 要新製 ）	
その他	_____		
その他 申し送り事項	（入院中など口腔ケアを行う上での留意点、アドバイス） _____		
今後について	<input type="checkbox"/> 継続して歯科処置を行います <input type="checkbox"/> 歯科治療の再開時期について御指示下さい <input type="checkbox"/> 入院中の口腔ケア等が必要な場合はご連絡下さい		