

診療情報等連携共有書

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称：

電話番号：

歯科医師名：

患者氏名			
患者住所		性別	男 ・ 女
電話番号			
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日 (歳)	職業

傷病名：H I V	歯科疾患：う蝕、歯周病
紹介目的： 現在の HIV に対する治療内容・全身状態のご教示、 平素より大変お世話になっております。患者様は現在当院で歯周病治療加療中ですが、部分的に炎症があり、浸潤麻酔下での歯周外科治療・抜歯が必要となりました(感染予防のための抗生物質を術前投与する予定です)。 つきましては現在の HIV に対する治療内容・全身状態のご教示、歯科的外科処置へのご助言をいただけないでしょうか。何卒宜しく願いいたします。	
既往歴及び家族歴	
病状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	