

診療情報提供書

紹介先医療機関等名_____

担当医_____歯科_____先生御机下

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_____様
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 金属アレルギー及び掌蹠膿疱症の疑い

紹介目的： 標記疾患の精査・加療願い

平素より大変お世話になっております。患者様は舌の痛みを主訴に当院を受診されました。舌にピリピリとした痛みや表面のただれ、口内炎、さらに口唇の腫れと全身の湿疹を認め、手のひら・足の裏には小水疱が発生しております。以上の所見から掌蹠膿疱症および歯科金属アレルギーの合併が疑われます。金属アレルギーが確認された場合、当院にて原因となり得る歯科金属修復物の除去を行う方針です。また、根尖病巣（慢性根尖性歯周組織炎）があった場合は、病巣感染も考慮し、無症状でも根管治療を患者様に勧奨いたします。お手数をおかけしますが、貴科にて精査並びに皮膚症状のご加療をお願い申し上げます。

既往歴及び家族歴：

病状経過及び検査結果：

治療経過： 現在、歯石・歯垢除去を伴う口腔衛生管理を行っております。

現在の処方：

備考：