

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 歯周病

紹介目的： 手術時のサージカルプレート装着

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、上顎・下顎 前歯が動揺しており、手術時に脱臼・脱落の恐れがあるためサージカルプレートを作製致しました。つきましては手術時にサージカルプレートを装着した状態で気管挿管をお願いする次第です。何卒宜しくお願いいたします。

既往歴及び家族歴

病状経過及び検査結果

治療経過： 手術前に歯石・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：入院中、手術後の口腔ケアをお願いいたします。