

照会状（診療情報等連携共有書）

年 月 日

病院・薬局

医院・クリニック

科

殿

紹介元歯科医療機関

歯科医師氏名

印

所在地

電話番号

平素より大変お世話になっております。下記の患者について、当院では次のような歯科治療を予定しております。当該患者の病状や投薬の状況や歯科治療上留意が必要な事項等について情報提供をお願いいたします。

フリカミナ 患者氏名		性別 男・女	
患者住所		連絡先	
生年月日	年 月 日（ 歳）	職 業	
☐ 高血圧性疾患の患者 ☐ 虚血性心疾患の患者 ☐ 不整脈の患者 ☐ 心不全の患者 ☐ 脳血管障害の患者 ☐ 下記感染症等の患者又は当該感染症を疑う患者（ ☐ 喘息・慢性気管支炎の患者 ☐ 骨粗鬆症の患者 ☐ 糖尿病の患者 ☐ 甲状腺機能低下症の患者 ☐ 甲状腺機能亢進症の患者 ☐ 副腎皮質機能不全の患者 ☐ てんかんの患者 ☐ 慢性腎臓病の患者 ☐ 人工呼吸器を装着している患者 ☐ 在宅酸素療法を行なっている患者 ☐ 新型インフルエンザ等感染症等の患者			
当院での傷病名 ☐ う蝕 ☐ 歯周病 ☐ その他（ ）			
照会目的 ☐ う蝕処置 ☐ 抜歯 ☐ 歯周外科手術 ☐ その他（ ）を予定しています。 処方・麻酔等の内容は以下のとおりです。 つきましては、下記の項目に関して御教示をお願いいたします。 ☐ 検査結果 ☐ 投薬内容等 ☐ 歯科治療上留意すべき事項 ☐ 抗凝固薬の休止、BP 製剤の投与開始時期、ステロイド、免疫抑制剤の投薬、血液透析日などの情報 ☐ 骨粗鬆症治療薬（B P 製剤等）の可否 ☐ その他（ ）			
備考（連絡事項・その他）			