

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。

フリガナ 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	

☐ 慢性腎臓病の患者

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。
〔当院にて歯周病治療および抜歯を浸潤麻酔下（1/8 万 $^{\circ}$ ネリン配合キシロカイン 1.8ml）で予定しております。
状態により抗菌薬（アモキシシリン又はクラシ）の術前・術後投与を行います。C c rによっては投与の減量を
考えております。〕
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
☐ その他（ ）

備考（連絡事項・その他）