

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

紹介元歯科医療機関

歯科医師氏名

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。

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 ☐ 口呼吸の患者 ☐ 骨粗鬆症の患者 ☐ 糖尿病の患者 ☐ 掌蹠膿疱症の患者 ☐ 金属アレルギーの患者		
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。		
現在、貴院にて糖尿病加療中と伺っておりますが、血糖のコントロール状態はいかがでしょう。 HbA1c、CRP、投薬内容、および合併症を含め、直近の病状についてご教示いただければ幸いです。 月 日、2%キシロカイン（1/8万Epiネリン添加）1.8ml局所麻酔下で1歯抜歯予定です。術後の疼痛・腫脹が数日続き、摂食障害となることが予想されます。 感染防止のため、抜歯前日よりアモキシシリン750mg/日の投与し、術後3日間の同抗生物質、鎮痛薬（カナル又はロキソニン）の処方を予定しております。空腹時は避けますが、その他抜歯にあたり注意事項などございましたらご教授願います。		
備考（連絡事項・その他）		

