

診療情報等連携共有書

紹介先医療機関等名_____

担当医_____耳鼻科_____先生

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称：

電話番号：

住所：

歯科医師：

患者氏名	_____
患者住所	_____性別 男・女
電話番号	_____
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）

傷病名	認知症の疑い
紹介目的	標記疾患の精査・治療
既往歴及び家族歴	
病状経過及び検査結果	平素より大変お世話になっております。 患者様は貴院にて認知症の診断を受けておられると伺っております。現状、当院での歯科診察におきましても、治療内容の理解や指示への協力が困難な場面が散見され、安全かつ円滑な抜歯処置を行う上で、全身状態および認知症の病態について貴院からの以下の情報提供とご助言をいただきたく、ご照会申し上げます。尚、抜歯等は2%キシロカイン1.8ml浸潤麻酔下で15分程度の低侵襲な小手術ですが、術後感染を考慮して抗生物質を3日分内服処方する予定です。 照会内容 ・認知症の診断内容(原疾患)と進行度(可能であれば) ・抜歯に伴うリスクと注意点 ・その他、留意すべき医療管理・対応など 以上
治療経過	
現在の処方	
その他	