

診療情報提供書

紹介先医療機関等名 _____ 担当医 _____ 科 _____ 先生御侍史
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	_____	性別	男 ・ 女
患者住所	_____		
電話番号	_____		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	職業	_____

傷病名：認知症の疑い 歯科疾患：多発性う蝕、歯周病
紹介目的：認知症が疑われるため、貴科での精査をお願い申し上げます。 ・認知症(アルツハイマー型認知症、血管性認知症、その他)としての精査をご検討頂けますと幸いです。 ・口腔治療継続・義歯管理・口腔ケア指導を進める上で、認知機能低下の程度および今後の見込み(進行性か否か、治療可能か否か)について、貴科の所見や注意点をご教示いただければと存じます。 ・認知機能低下に伴い、服薬順守・口腔衛生維持・歯科治療中の注意点(術前・術中・術後管理)等があれば、歯科側としても配慮をさせていただきたく存じます。
既往歴及び家族歴： 高血圧症、糖尿病、脳梗塞既往、アレルギー、(_____) アルコール _____ / 喫煙 _____ / 日 服薬内容： _____ (他医処方)
病状経過及び検査結果： _____ 月 _____ 日、当院にて定期歯科検診・口腔管理のため来院されました。初診時より「約束の時間を忘れてしまう」「家で薬を飲み忘れることがある」「口腔ケア指導時に理解が遅れている／同じ説明を何度も繰り返す」等のご家族からの報告があり、併せて当院での口腔内清掃・説明時にも混乱・忘却・反応遅延が目立つため、認知機能低下の可能性を考慮しました。
治療経過： ・口腔清掃状況：プラーク付着が多く、歯ブラシの動作がぎこちなく、ブラッシング指導後の改善なし。 ・食事・咀嚼状況：咀嚼回数が少なく、流動性の食事を選択する傾向あり。 ・説明理解：補綴・抜歯・清掃指導等の説明に対して、理解・納得・同意に時間がかかる。 ・今後の歯科治療計画：歯周病の進行がみられ、抜歯及び義歯作製を検討中。認知機能低下が治療の進行・維持管理に影響する可能性を懸念しております。
現在の処方：
備考 未筆ながら、貴院のご高診を賜りますようお願い申し上げます。 なお、ご多忙のところ恐れ入りますが、本件につきご所見・ご助言等ございましたら、当院までご連絡いただけますと幸いです。