

診療情報等連携共有書

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

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

傷病名：重度歯周病 抜歯予定
紹介目的：現在の循環器系の状態ならびに抜歯に際して留意すべき事項等のご教示 平素より大変お世話になっております。患者様はう蝕の処置希望で当院を受診され、後日外来にて局所麻酔下での抜歯処置(手術時間 15 分程度)を予定しております。患者様には不整脈の既往がありペースメーカーを挿入されていると伺いました。現在の循環器系の状態、および歯科処置(抜歯や超音波機器使用など)に際しての注意事項等がありましたらご教示いただければと存じます。また、抗血栓療法中の場合はガイドラインに従い継続内服のまま処置を行う予定です。お忙しいところ恐縮ですが、診療情報のご提供を何卒よろしくお願い申し上げます。
既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考