|  |  |
| --- | --- |
| 診療先医療機関名 | |
| 地方独立行政法人　広島市立病院機構 | |
| 広島市立北部医療センター安佐市民病院  　歯科・口腔外科 | |
| 岡本　康正 | 行 |

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関名 | |
|  | |
| 医師氏名 | 印 |

@@@@KR08, 周術期返信用文書,@PATIENTID,@USERID,@PATIENTSELECTEDSECTIONCODE,@DOCDATEMEDOC,@PATIENTWARDCODE,@PATIENTENTERHOSPITALDATE2

**診 療 情 報 提 供 書**　　 　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患 者 | 氏名 | 様 | 生年  月日 | 年 月 日　　　　　　　歳 | | 性別 |  |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| 電話 | 職業 | |  | | |
| 傷 病 名 | | | | | | | |
| 紹介目的 | | | | | | | |
| 既往歴及び家族歴 | | | | | | | |
| 臨床経過及び検査所見 | | | | | | | |
| 治療経過 | | | | | | | |
| 現在の処方 | | | | | | | |
| 備　考  患者に提供した周術期口腔機能管理計画書の写しを同封します  **口腔内の現状**  □口腔乾燥　□う蝕　□歯周炎　□歯肉出血　□口内炎　□舌炎　□咀嚼障害　□嚥下障害  □その他  **周術期口腔機能管理において実施した内容等**  □パントモ撮影  □歯周病治療　□除石　□機械的歯面清掃　□TBI　□う蝕治療　□義歯修理・調整・指導等  □摂食機能訓練　□食事指導  □その他 | | | | | | | |