|  |
| --- |
| 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 |