

診療情報等連携共有に係る照会

年 月 日

照会先医療機関・薬局名

担当医・薬剤師名

先生

歯科医療機関名

歯科医師氏名

所在地

電話番号

FAX/メールアドレス

自院の情報を記載

印

下記の患者について、当院では次のような歯科治療を予定しております。患者の病状、投薬の状況や歯科治療上留意が必要な事項等について情報提供をお願いいたします。

患者氏名	性別 男・女
患者住所 電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)
当院傷病名	<input type="checkbox"/> う蝕 <input checked="" type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> その他 ()
治療予定	<input type="checkbox"/> う蝕処置 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input checked="" type="checkbox"/> 歯周外科 <input type="checkbox"/> その他 ()
処方・麻酔等	照会先の主治医及び薬剤師が診療情報・処方を提供する際の参考となるような歯科治療で使用する薬剤や歯科治療の具体的内容等を記載する。

診療情報の提供を 求める内容	<input type="checkbox"/> 歯科治療上留意すべき事項について <input type="checkbox"/> 現在の投薬内容について <input type="checkbox"/> 現在の全身状態・検査結果（血糖・血圧・免疫・止血）について <input type="checkbox"/> 抜歯・歯周外科処置等に伴う以下の服用薬の休薬の可否と休薬期間について (薬剤名：) <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------------	--

【備考】

照会先主治医・薬剤師への連絡事項等があれば記載する。

診療情報等連携共有に係る情報提供

年 月 日

照会元医療機関名

担当医 科 先生御机下

歯科医療機関名

歯科医師氏名

所在地

電話番号

自院の情報を記載

印

貴院（科）より診療情報のご照会をいただきました、当院で治療中の下記患者については、現時点において次のような歯科治療を実施しております。

貴院（科）における診療及び投薬等実施の際にお役立ていただければ幸いです。

患者氏名	性別 男・女
患者住所 電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)
当院傷病名	<input type="checkbox"/> う蝕 <input checked="" type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> その他 ()
今後の治療予定	<input type="checkbox"/> う蝕処置 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input checked="" type="checkbox"/> 歯周外科 <input type="checkbox"/> その他 ()

照会元医療機関への 回答内容	<p>照会元の主治医が診療や処方を行う際の参考となるような、</p> <ul style="list-style-type: none">・歯科治療で使用する薬剤・歯科治療の具体的内容・口腔内情報（歯周病等の罹患状況、歯の本数や奥歯で噛めているか等）・その他患者に係る特記事項等、照会に対する回答を記載する。
-------------------	---