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 | 印 |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX／メールアドレス |  |

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 | う蝕　　歯周病  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療予定 | う蝕処置　　抜歯　　歯周外科  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 処方・麻酔等 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 診療情報の提供を  求める内容 | 歯科治療上留意すべき事項について  現在の投薬内容について  現在の全身状態・検査結果（血糖・血圧・免疫・止血）について  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：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　）  その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 【備考】 |