

## 診療情報連携共有に係る照会

年 月 日

照会先医療機関名

担当医 科 先生御机下

照会元歯科医療機関名

歯科医師氏名 印

所在地

電話番号

貴院（科）にてご加療中の患者について、当院では次のような歯科治療を予定しております。患者の病状や貴院（科）での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	照会先の主治医が診療情報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	歯科治療を行う上で必要な患者の情報の提供を求める内容を具体的に記載する。 (例) ・ 検査結果・投薬内容等 ・ 歯科治療上留意すべき事項 ・ 骨粗鬆症治療薬（B P製剤等）投薬中においては、抜歯等における休薬の必要性や休薬期間
-------------------	---

## 【備考】

照会先主治医への連絡事項等があれば記載する。