

診療情報提供書返書（歯科→医科）

令和 年 月 日

病院 科
医院・クリニック

歯科医院名
歯科医師名
住所 〒

TEL
FAX

担当医 先生 御机下

住所 〒

TEL - -

平素より大変お世話になっております。先日は患者様のご紹介ありがとうございます。
患者様の現在の治療状況等を回答いたします。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

患者氏名
性別 男 ・ 女
患者住所 〒 -
電話番号 ()

生年月日 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳) 職 業

歯周病の治療状況

- ☐ 経過観察のみ ・ 治療不要
☐ 治療予定（治療開始（予定）日 : 年 月 日）
☐ 治療中 （治療頻度 : か月毎 ・ 週間毎） / 次回受診日 : 月 日

歯周病の状態

: ☐ なし ・ ☐ 軽度 ・ ☐ 中等度 ・ ☐ 重度 ・ ☐ その他 ()

口腔内の状態

- ☐ 歯周組織検査の概要 ・ 4mm以上の歯周ポケット : なし ・ あり
・ 歯の動揺 : 重度 ・ 中等度 ・ 軽度 ・ 正常
・ 歯の痛み : なし ・ あり
・ その他 :
☐ 画像診断結果の概要 ・ 歯槽骨吸収 : 高度 ・ 中等度 ・ 軽度 ・ 正常
・ その他の特記事項 :
・ 写真添付※写真添付は任意 : なし ・ あり
☐ 口腔清掃状態 : 良 ・ 普通 ・ 不十分

その他所見（異常）

: ☐ むし歯 ・ ☐ 舌、粘膜等 ・ ☐ 顎関節 ・ ☐ 咀嚼力に問題あり ・ ☐ 欠損部治療の必要あり

現在の処方（投与中の薬剤：内服 なし ・ あり

特記事項 現在の喫煙（あり ・ やめた（ 年前）・ 喫煙歴なし）