② 歯科→医科　(返信用)

医科歯科連携共有書

令和　　年　　月　　日

紹介先：　　　　　　　　　　 　　　　　 紹介元：

　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　歯科医師：　　　　　　 　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　先生　　　　 電話：　　　　　　　FAX：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | □男　□女 |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | □明　□大　□昭　□平　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　歳） |
| 住　　所 | TEL：　　　　 |

平素より大変お世話になっております。ご紹介の患者様ですが

【現在の疾患名】

□ う蝕　　　□ 歯周病　　□ 義歯治療　　□ その他（　　　　　　　　　　）

【抜歯の予定】□ あり（部位　　　　　　　　　　）□ なし

□予定通り開始してください。　　　□指示あるまでお待ちください。

（備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□上記歯科治療に際し、骨吸収抑制剤関連顎骨骨髄炎のリスクに対する　　　　　インフォームドコンセントを実施しました。

□今後継続的に口腔ケアの予定といたしました。

ご紹介誠にありがとうございました

（備考）