令和　　年　　　月　　　日

報告書（診療情報等連携共有料２）

紹介先医療機関名：

　　　担当医師：　 　　 　先生

紹介元医療機関の所在地：

 名称：

 電話番号：　　　　　　　　ＦＡＸ：

 歯科医師： 印

|  |
| --- |
| 患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　様　性別：　男・女患者住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：生年月日：　　明・大・昭・平　 　年　　　月　　　日（　　）歳　　職業： |

|  |
| --- |
| 【傷病名】* う蝕　　□　歯周病　　□義歯治療　　□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 　いつもお世話になっております。【抜歯の予定】□あり　（部位　　　　　　　　　　　）　　□なし□（　　）年（　　）月（　　）日に歯科治療を行います。□（　　）年（　　）月（　　）日に歯科治療を終了する予定です。□現在治療中です。□治療を終了し、口腔管理・口腔ケア継続中です。　□上記歯科治療に際し、骨吸収抑制剤関連顎骨壊死のリスクに対する説明を行いました。　□薬剤変更などがございましたら、ご一報いただければ幸いです。　□そのほか　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）ご紹介ありがとうございました。 |
| 【備考】 |