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】 |