

貴医院名	ご担当医
貴院住所	
貴院TEL	貴院FAX

患者氏名	性別 男・女 生年月日 年 月 日 (歳)										
患者住所	電話番号 ()										
紹介目的	<input type="checkbox"/> がん治療等の周術期に伴う口腔管理 <input type="checkbox"/> 糖尿病に伴う歯周病管理 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症治療に伴う口腔管理 <input type="checkbox"/> 脳卒中患者における口腔機能の回復 <input type="checkbox"/> 感染症（肺炎等）予防のための口腔機能の回復（口腔ケア、食支援等） <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群に伴う口腔管理（スリープスプリント） <input type="checkbox"/> スポーツにおける口腔の外傷予防（マウスガード） <input type="checkbox"/> 急性外傷に伴う口腔機能（咬合）の回復 <input type="checkbox"/> 気管内挿管時の歯の保護 <input type="checkbox"/> 妊娠に伴う口腔管理 <input type="checkbox"/> その他 ()										
治療経過と治療予定	<input type="checkbox"/> がん治療 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 既往あり</td> <td><input type="checkbox"/> 手術 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 化学療法 (年 月 日まで)</td> <td><input type="checkbox"/> 放射線治療 (年 月 日まで)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 治療中 (手術・化学療法・放射線治療)</td> <td><input type="checkbox"/> 実施予定 (手術・化学療法・放射線治療)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(年 月 日・未定)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 既往あり	<input type="checkbox"/> 手術 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 化学療法 (年 月 日まで)	<input type="checkbox"/> 放射線治療 (年 月 日まで)	<input type="checkbox"/> 治療中 (手術・化学療法・放射線治療)	<input type="checkbox"/> 実施予定 (手術・化学療法・放射線治療)		(年 月 日・未定)	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 既往あり	<input type="checkbox"/> 手術 (年 月 日)									
	<input type="checkbox"/> 化学療法 (年 月 日まで)	<input type="checkbox"/> 放射線治療 (年 月 日まで)									
	<input type="checkbox"/> 治療中 (手術・化学療法・放射線治療)	<input type="checkbox"/> 実施予定 (手術・化学療法・放射線治療)									
		(年 月 日・未定)									
<input type="checkbox"/> その他 ()											
<input type="checkbox"/> 心臓病治療 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 既往あり</td> <td><input type="checkbox"/> 投薬加療中 (薬剤名:)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 既往あり	<input type="checkbox"/> 投薬加療中 (薬剤名:)	<input type="checkbox"/> その他 ()								
<input type="checkbox"/> 既往あり	<input type="checkbox"/> 投薬加療中 (薬剤名:)										
<input type="checkbox"/> その他 ()											
<input type="checkbox"/> 糖尿病治療 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td>HbA1c %、空腹時血糖値 mg/dL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他 ()</td> <td></td> </tr> </table>	HbA1c %、空腹時血糖値 mg/dL		その他 ()								
HbA1c %、空腹時血糖値 mg/dL											
その他 ()											
<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症治療 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> BP 剤の既往 (期間:)</td> <td><input type="checkbox"/> 抗 RANKL 抗体の既往 (期間:)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他薬剤の既往 (薬剤名:)</td> <td><input type="checkbox"/> () 実施予定 (年 月より・未定)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> BP 剤の既往 (期間:)	<input type="checkbox"/> 抗 RANKL 抗体の既往 (期間:)	<input type="checkbox"/> その他薬剤の既往 (薬剤名:)	<input type="checkbox"/> () 実施予定 (年 月より・未定)	<input type="checkbox"/> その他 ()						
<input type="checkbox"/> BP 剤の既往 (期間:)	<input type="checkbox"/> 抗 RANKL 抗体の既往 (期間:)										
<input type="checkbox"/> その他薬剤の既往 (薬剤名:)	<input type="checkbox"/> () 実施予定 (年 月より・未定)										
<input type="checkbox"/> その他 ()											
<input type="checkbox"/> その他の治療 () <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>											
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他 ()										
	<input type="checkbox"/> 感染症の有無 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> HBV</td> <td>: 陽性・陰性・不明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HCV</td> <td>: 陽性・陰性・不明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 梅毒 (ワ氏)</td> <td>: 陽性・陰性・不明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HIV</td> <td>: 陽性・陰性・不明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> HBV	: 陽性・陰性・不明	<input type="checkbox"/> HCV	: 陽性・陰性・不明	<input type="checkbox"/> 梅毒 (ワ氏)	: 陽性・陰性・不明	<input type="checkbox"/> HIV	: 陽性・陰性・不明	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> HBV	: 陽性・陰性・不明										
<input type="checkbox"/> HCV	: 陽性・陰性・不明										
<input type="checkbox"/> 梅毒 (ワ氏)	: 陽性・陰性・不明										
<input type="checkbox"/> HIV	: 陽性・陰性・不明										
<input type="checkbox"/> その他 ()											
申し送り事項 (現在の処方薬・家族歴など)											

必要事項を記入して頂き、当院宛にFAX送信してください。FAX079-283-8881

患者様へは電話・WEBより当院の初診予約をお取りいただきますよう必ずお伝え下さい。