

## 照会状

紹介先医療機関名

担当医師

先生御侍史

年 月 日

歯科医療機関の所在地：

名称：

電話番号：

F A X：

歯科医師氏名：

印

患者氏名	殿	性別	男・女
患者住所			電話番号
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	( ) 歳

日頃より、大変お世話になっております。

この度、当院の治療をしております上記の患者様より、月日に放射線治療を予定していると伺いました。

現在の口腔状態を診察したところ、全身麻酔を伴う手術や放射線・抗がん剤治療の影響で、術後の口腔内の状態の悪化が予想されますので、口腔内の術前術後の管理を行うために、現在の治療の状況および内容をお知らせください。また、入院中の口腔管理のお手伝いもさせていただきますよう存じます。

患者様のリスクを少しでも回避する手助けをさせていただきますよう情報提供をお願いいたします。

---

## 依頼書

歯科医療機関

歯科医師

医院名 (担当医)

病名

治療予定 手術日 年 月 日

放射線治療 年 月 日

化学療法 年 月 日

歯科での口腔管理を依頼する