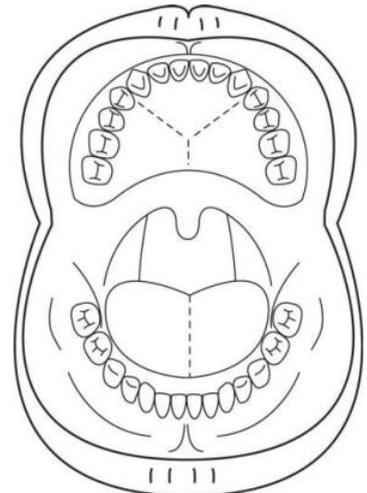


### 周術期等口腔機能管理 依頼書

この度は周術期等口腔機能管理の地域連携にご協力いただき、誠にありがとうございます。  
 下記患者の口腔機能管理をお願いいたします。その際、**周三（周術期等口腔機能管理料Ⅲ）が月1回、術口衛（周術期専門的口腔衛生処置）が月2回算定できます。**

フリガナ 氏名	性別	近中ID
住所	生年月日	( ) 歳
		( )

傷病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 周術期の歯周基本治療及び口腔ケア <input type="checkbox"/> う歯の処置 <input type="checkbox"/> 歯周炎の処置	<input type="checkbox"/> 暫間固定 <input type="checkbox"/> 義歯処置	<input type="checkbox"/> 口腔内装置作成 <input type="checkbox"/> 抜歯
日常動作	<input type="checkbox"/> 0：制限なく動ける <input type="checkbox"/> 1：歩行、軽労働可 <input type="checkbox"/> 2：少量の介助、日中50%以上起居 <input type="checkbox"/> 3：介助多、日中50%以上就床 <input type="checkbox"/> 4：常時介助、終日就床		
化学療法	<input type="checkbox"/> 化学療法の予定あり    開始予定 <input type="checkbox"/> 化学療法中    実施期間	<input type="checkbox"/> 放射線療法の予定あり    開始予定 <input type="checkbox"/> 放射線療法中    実施期間	~ ~ ~ ~
留意事項	<input type="checkbox"/> 特に問題なく、通常の歯科治療が可能です <input type="checkbox"/> 抜歯等の間欠的処置は原則禁忌です <input type="checkbox"/> 白血球数が少なく感染のリスクが高い状態になる時期があるので注意してください <input type="checkbox"/> 顎骨骨髓炎・壊死などのリスクがあります <input type="checkbox"/> その他 <div style="background-color: #d9ead3; height: 40px; width: 100%;"></div>		



当科で処置が必要な場合は紹介受診させてください。

- ・周術期等口腔機能管理報告書は3ヶ月に1回患者に提供することが必要です。
- ・周術期等口腔機能管理報告書等の書式は当院ホームページからダウンロードできます。  
 (トップページ → 診療科・部門 → 口腔外科)
- ・周三以外に、他歯科病名にかかる処置等の算定は可能です(歯管、歯清は算定不可です)。
- ・手術後の計画策定(周術期等口腔機能管理計画策定料 300点)は算定できません。