**平素よりお世話になっております。**

平成　　　年　　　月　　　日

担当医名

**ご紹介致します患者さんは、開心術を予定致しております。**

**つきましては、手術に伴う口腔合併症のリスク軽減のため、歯科前処置を貴院にて**

**お願いします。**

**ご多忙の折、恐縮に存じますが何とぞ宜しくお願い申し上げます。**

**1.病気に対する治療予定**

**① 傷病名**

**② 予定術式**

**③ 手術予定日 　　年 　　月 　　日**

**2.基礎疾患の状態**

**① 全身状態: 良好 ・普通 ・不良 (　　　　　 　　　　　　 　 )**

**② 全身基礎疾患: なし ・あり**

**③ 高血圧症( 　　/ 　　)・糖尿病 ・脳血管障害・心臓疾患**

**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）**

**④ 感染症の有無: なし ・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**3.服用薬**

**① 抗凝固薬 使用: なし・あり :薬剤名（　　　　　　　　　　　　）**

**② 抗血小板剤 服用：なし・あり :薬剤名（　　　　　　　　　　　）**

**③ ステロイド剤 使用: なし・あり :薬剤名（　　　　　　　　　　）**

**4.生活習慣**

**① 飲酒 なし・あり**

**(焼酎、日本酒1回 　合、ビール 　ｍl:週　　 回:　 　歳から　 歳・現在まで)**

**② 喫煙 なし・あり(　　 本/日　　 歳～ 　　歳・現在まで)**

**5.重篤な合併症や注意すべき服薬がある場合には明記する**

**お手数ですが、治療前口腔ケアが終了いたしましたら、口腔管理の方法を共有するため**

**「周術期口腔機能管理計画書」と患者さんに提供される「周術期口腔機能管理報告書(I)」のコピーを当院に郵送いただければ幸いです。**

**手術後に継続して歯科処置、歯科治療が必要な場合には、貴院を再受診していただくよう**

**御紹介をさせていただきます。**

**ご多忙中大変申し訳ありませんが、御高診のほどよろしくお願い申し上げます。**