

様	診療情報提供書
主病名	<input type="checkbox"/> 慢性歯周炎 <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 根尖性歯周炎 <input type="checkbox"/> 抜歯後 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害
副病名	周術期口腔機能管理中
紹介理由	継続加療
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他
その他	
特記事項	<input type="checkbox"/> BP内服歴あり <input type="checkbox"/> デノスマブ投与歴あり <input type="checkbox"/> 抗血栓薬内服中 <input type="checkbox"/> 放射線治療歴あり <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療中
当院での経過	<p>平素より大変お世話になり誠にありがとうございます。本患者さんは20xx年xx月xx日oo科でooに対してoo術を全身麻酔下で行った患者さんです。</p> <p>当科では術前、術後の周術期口腔機能管理を施行しております。</p> <p>引き続き貴院にて継続加療を頂ければ幸甚です。お忙しいところ大変恐縮ではございますが、何卒よろしくお願い申し上げます。</p>
当院での算定	周術期口腔機能管理策定料
	<input checked="" type="checkbox"/> 周I前 <input checked="" type="checkbox"/> 周II前 <input checked="" type="checkbox"/> 術口衛I 術前 <input checked="" type="checkbox"/> 術口衛II 術前 <input checked="" type="checkbox"/> 術口衛II 術後
	<input checked="" type="checkbox"/> 周II後1-1 <input checked="" type="checkbox"/> 周II後1-1 <input checked="" type="checkbox"/> 周II後1-1 <input checked="" type="checkbox"/> 周II後1-1 <input checked="" type="checkbox"/> 周II後1-1 <input checked="" type="checkbox"/> 周II後1-1
算定可能項目	<p>貴院では周 I 後が3回算定可能です。(手術を行った月より3ヶ月以内に)その後歯科疾患管理料の算定が可能となります。</p> <p>周術期 I 後 <input type="checkbox"/> 1回目、 <input type="checkbox"/> 2回目、 <input type="checkbox"/> 3回目</p>
備考欄	