

# 紹介状

令和 年 月 日

## 紹介先

RD 歯科クリニック

〒650-0047

神戸市中央区港島南町1丁目3番地1

国際くらしの医療館・神戸4階

中島美砂子

Tel: 078-304-5775

Fax: 078-304-5777

歯科医院名

TEL

FAX

スタンプ可

下記の方を紹介します。

患者氏名

様 男・女

昭・平 年 月 日 生 ( 歳 ) 職業 ( )

住所

TEL ( ) -

ただし、本治療では ①不可逆性歯髄炎（単根管が望ましい） ②年齢 20 歳以上 50 歳未満 ③歯髄組織を供給できる不用歯を有する の3つの条件を満たしている患者さんを対象とします。

○をつけるかご記入願います。

主訴・診断

部位

(原則として単根管でお願いします。)

診断 不可逆性歯髄炎（急性全部性単純性・急性全部性化膿性・慢性潰瘍性・慢性増殖性）

既往歴：

1. 感染根管、根尖病変 ( 有 ・ 無 )
2. ウイルス・細菌・真菌・マイコプラズマ感染症 ( 有 ・ 無 )
3. 重篤な心血管系疾患 ( 有 ・ 無 )
4. 抗癌剤もしくは免疫抑制剤使用 ( 有 ・ 無 )
5. 妊娠中または妊娠している可能性、治療期間中に妊娠を希望 ( 有 ・ 無 )
6. 明らかな感染症 ( 有 ・ 無 )
7. 知的障害者、精神疾患を有するなど、同意能力に問題 ( 有 ・ 無 )
8. 発熱（38.5℃以上） ( 有 ・ 無 )
9. 薬剤過敏症、抗菌薬や局所麻酔薬によるアレルギー歴 ( 有 ・ 無 )
10. 担当医が不相当と判断した重篤な全身疾患（癌、糖尿病、骨粗鬆症等） ( 有 ・ 無 )
11. MRI 検査を受けることができない ( 有 ・ 無 )
12. その他

病歴・診療状況

初診日 平成・令和 年 月 日

発症時期 平成・令和 年 月 日

現在の処方 ( )

その他特記事項 ( )

不用歯の状態：部位 \_\_\_\_\_

萌出状態 (良好・不良)、埋伏 (有・無)、転移 (有・無)、  
歯髄状態 (健康・炎症有)、歯髄組織量 (多・普通・少)

患者さんの希望

---

---

---

その他、先生方のコメントなど

---

---

---

やむを得ず抜髄処置をされた場合はこちらにもご記入下さい。

患歯状態：消炎鎮痛剤投薬 ( ) 日付 年 月 日  
貼薬 ( ) 日付 年 月 日  
根尖部拡大 #  
最大拡大 # まで mm アンダー ジャスト mm オーバー  
X線所見 破折：(有・無) 根尖部透過像：(有・無)  
歯質残存状態 骨縁上 (良好・OK・不良)