

# < 歯科治療等今後の予定についての報告 >

依頼先医師への返信とともに  
浜松市歯科医師会へも FAX

平成 年 月 日

病院・医院名：

歯科医院名：

科

歯科医師：

先生

電話：

Fax：

E-mail：

フリガナ

生年月日

年齢

性別

患者氏名

M  
T  
S

年

月

日

才

男・女

患者 ID：

※ 上記患者について、歯科所見及び必要な治療期間についてお知らせいたします。

1. 歯科治療を要する所見はありません。今後はメンテナンスを行います。
2. 歯周処置を含め 観血処置の予定はありません。  
歯科治療と並行して貴院での治療が可能と思われます。
3. 貴院の治療の前に下記の治療を行います。  
処置にかかる期間は〔 1 週間 ・ 2 週間 ・ 3 週間 ・ 4 週間 ・ 4 週間以上〕です。

※ 詳細・補足

- ・ むし歯の治療
- ・ むし歯の治療により根の処置に移行する可能性もあります。
- ・ 歯の根の中の治療を行います。場合によっては抜歯に移行する可能性もあります。
- ・ 歯周治療（歯ぐきなど歯の根の周りの治療を行います・出血を伴うこともあります。）
  - ・ ブラッシングとスケーリングのみ
  - ・ スケーリングと歯肉の中の歯石と汚れをとる
  - ・ 排膿の続く可能性があり、経過に注意を要す
- ・ 抜歯〔創傷治癒： 1 週間 ・ 2 週間 ・ それ以上 〕
- ・ 義歯等の修理・調整
- ・ その他

( )