

診療情報提供・口腔管理依頼書

歯科診療所名

担当医

先生御侍史

平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名
 患者住所
 電話番号 () —
 生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳) 職業

傷病名 再発卵巣癌
 その他;

紹介目的 ドキシル化学療法前の口腔精査、齶蝕処置および歯周治療依頼

既往歴および家族歴:

PS (Performance Status) 0:制限なく動ける 1:歩行、軽労働可 2:少量の
 介助、日中 50%以上起居 3:介助多、日中 50%以上就床 4:常時介助、終日就寝

がん治療経過:

化学療法開始予定日: 年 月 日

現在の処方:

備考:
 ご紹介した患者さんは再発上皮性卵巣癌の診断にて、リポソーム化ドキソルビシン(ドキシル®)による化学療法(28 日間隔)を予定しております。本薬剤の主な薬物有害事象として口内炎(発現率:70%強)があり、患者さんの QOL を著しく損ないます。現在、ドキシル治療における口内炎予防のための前向き試験を行っており、ドキシル治療前の口腔精査、歯牙鋭縁の研磨、義歯調整(口内炎発症予防)ならびに歯周治療(口内炎重篤化予防)を含めた口腔保清指導が必須となっています。なお、化学療法開始前に抜歯が望ましい歯牙は抜歯をお願いします。

ドキシル®投与後 2 週間頃に口内炎が最も重篤化することが予想され、口内炎による痛みのため口腔内保清がおろそかになり、口内炎の二次感染を来す可能性があります。その際はスポンジブラシや綿棒による保清の指導も宜しくお願い致します。なお、本試験に参加するこの患者さんには、本試験で規定された含嗽剤、口腔粘膜保湿剤および歯磨剤を処方・提供させて頂くことになっています。

ご多忙の折大変恐縮ですが、御理解を賜り、御協力を宜しくお願い申し上げます。