

〇〇病院

小児循環器科 〇〇〇〇先生

日頃よりたいへんお世話になっております。

貴科にて心室中隔欠損症術後フォロー中の、△△△△さん（××年×月×日生まれ
〇歳〇か月）の歯科治療につきましてご意見、ご助言を賜りたくよろしくお願ひ申しあげ
ます。

多数歯が重度う蝕に罹患しており左右下顎乳臼歯部は膿瘍形成を認めます。

抜歯 1 歯、感染根管治療 1 歯、生活歯髄切断法後乳歯冠修復 6 歯、CR 充填による歯冠
修復 8 歯となりそうです。

できれば 10 回ほど通院いただき、原則として局所麻酔及びラバーダム防湿下にて上記の
歯科治療を実施したいと考えております。

年齢の割には気弱で発達障害も疑われ、歯科治療時に泣いたり発汗したり、心拍数や血圧
の上昇も起こる可能性もあると考えられますが全身管理ができない歯科医院での歯科治療
の実施の可否はいかがでしょうか。

もし可能であれば感染性心内膜炎予防のため、アモキシシリ 100m g 細粒を歯科治療の
1 時間前に 50m g/kg を毎回内服していただいた上で治療をおこないたいと思いますが、
問題ないでしょうか。

その他、歯科治療の実施にあたり、注意すべき点も併せてご教示いただければ幸いに存じ
ます。

ご多忙中誠に恐縮ですがよろしくお願ひ申し上げます。

〇〇年〇月〇日

郵便番号

歯科医院住所

歯科医師名

電話番号 FAX 番号

メールアドレス