

診療情報提供書

【歯科医師記入用】

《紹介先医療機関名》

住 所

電話番号

担当医

先生御机下

(ご記入いただける範囲でご記入下さい)

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

傷病名	紹介目的
	1. 糖尿病の (検査 ・ 治療)
	2. その他 ()

口腔内の状況	年	月	日	初診年月日	年	月	日
1. 口腔清掃状態 (良好 ・ 普通 ・ 不良)							
2. 歯肉の状況 (軽度 ・ 中程度 ・ 重度)				歯周病治療歴 (あり ・ なし ・ 治療中)			
3. その他 ()							

治療経過・今後の治療方針	次回治療予定日
	/ ()

糖尿病治療歴 (あり ・ なし) HbA1c (%)	既往歴及び家族歴
(空腹時 ・ 食後) 血糖値 (mg/dl)	
1型 ・ 2型 ・ その他()	

その他(特記事項)	現在の処方
	年 月 日
	施設名 _____
	連絡先 _____
	歯科医師名 _____ 印

診療情報提供書

【医師記入用】

《紹介先医療機関名》

住 所

電話番号

担当医

先生御机下

(ご記入いただける範囲でご記入下さい)

患者氏名

性 別 男 ・ 女

患者住所

電話番号

生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳) 職 業

診断名

糖尿病 (1型 ・ 2型 ・ その他)

推定罹病期間 約 年

当院初診日 年 月 日

治療方法 1. 未治療 2. 食事療法
3. 経口薬 4. インスリン注射

紹介目的

歯周病治療歴 (あり ・ なし ・ 治療中 ・ 不明)

合併症

1. 糖尿病腎症 (あり ・ なし ・ 不明)
透析 (あり ・ なし ・ 不明)
2. 糖尿病神経障害 (あり ・ なし ・ 不明)
3. 糖尿病網膜症 (あり ・ なし ・ 不明)
4. 虚血性心疾患 (あり ・ なし ・ 不明)
5. 脳卒中 (あり ・ なし) ・ 高血圧 (あり ・ なし)
その他の既往歴・家族歴等

麻酔薬のアレルギー (あり ・ なし ・ 不明)
感染症 (B型 ・ C型 ・ ワ氏 ・ 結核 ・ 不明)

検査所見・治療経過・検査結果

日 付	/	/	/
空腹時血糖			
随時血糖			
HbA1c (%)			
血 圧			
その他			

現在の処方

抗血小板薬処方 (あり ・ なし)
薬物名 ()
カルシウム拮抗剤処方 (あり ・ なし)
薬物名 ()
その他 (経口薬 ・ インスリン等)

その他 プドウ糖の所持 (あり ・ なし)
添付資料 (あり ・ なし)

年 月 日

施 設 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

医 師 名 _____ 印