

診療情報提供書（紹介）【医科→歯科】

令和 年 月 日

歯科医院
クリニック

医院名
医師名
住所 〒

TEL
FAX

担当医 先生 御机下

住所 〒

TEL - -

平素よりお世話になっております。下記患者様は当院で糖尿病の療養中です。問診および診察時において、
（ 歯肉出血 歯肉腫脹 歯の動揺 歯・歯肉の疼痛 口臭 その他 ）を
認めており、歯周疾患の罹患が疑われます。御高診・御加療いただきますようよろしくお願い申し上げます。

患者氏名

性別 男 ・ 女

患者住所 〒 - 電話番号 ()

生年月日 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳) 職業

傷病名・治療経過
糖尿病（ 1 型 ・ 2 型 ・ その他 ）
推定罹病期間 約 年（ 昭 ・ 平 ・ 令 年 発症 ・ 発見 ）
当院初診日 年 月 日
治療方法 未治療 ・ 食事療法 ・ 運動療法
経口薬 ・ インスリン注射 ・ インクレチン注射
血液透析 ・ その他（ ）

糖尿病合併症またはその他併発症
☐合併症（ あり ・ なし ・ 不明 ）
神経障害 ・ 網膜症 ・ 腎症
大血管症 ・ 足 ・ その他（ ）

☐併発症（ あり ・ なし ・ 不明 ）
虚血性心疾患 ・ 脳出血 ・ 脳梗塞
高血圧症 ・ 脂質異常症 ・ 骨粗しょう症
その他（ ）

検査所見（別紙検査結果ありの場合は検査値の記載は省略可）

日付	/	/	/
血糖 (mg/dl)	空腹	空腹	空腹
	随時 食後 時間	随時 食後 時間	随時 食後 時間
HbA1c (NGSP) (%)			

現在の処方
☐お薬手帳の有無（ あり ・ なし ）
☐抗凝固剤 ☐抗血小板剤（ あり ・ なし ）
☐詳細 ※お薬手帳ありの場合は省略可

備考 現在の喫煙（ あり ・ やめた（ 年前 ） ・ 喫煙歴なし ）