

## 医科歯科連携 歯周病病状「問い合わせ」状

令和 年 月 日

病院 歯科・口腔外科  
歯科医院・クリニック

担当医 \_\_\_\_\_ 先生 御机下

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

医院名

医師名

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL

FAX

## 問い合わせ目的

上記患者様からの聞き取りによって、貴院にて加療中と伺いました。  
当院での糖尿病治療の参考とするため、下記の内容について問い合わせさせていただきます。  
よろしくお願い申し上げます。  
現在の歯周病の病態： 治療状況 ・ 歯周病の状態 ・ その他所見（異常）（ \_\_\_\_\_ ）等

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）  
腎症 ・ 神経障害 ・ 網膜症  
大血管症 ・ 足 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）  
併発症（あり・なし・不明）  
虚血性心疾患 ・ 脳卒中 ・ 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）