

診療情報提供書返書【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 - -

平素より大変お世話になっております。
先日は患者様の「ご紹介」・「問い合わせ」をいただきありがとうございます。
患者様の現在の治療状況等を回答いたします。今後ともどうぞ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

糖尿病の治療状況

☐経過観察のみ ・ ☐治療不要 ・ ☐治療必要（治療開始（予定）日： 年 月 日）・ ☐治療中

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)	HbA1c(NGSP) (%)	血圧 (mmHg)
	(空腹・随時)		

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（ ）

現在の処方・処方内容

☐お薬手帳の有無（ 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 ）