診療情報提供書（紹介）【歯科→医科】

令和 年 月 日

病院 科
医院・クリニック

担当医 先生 御机下

住所 〒

TEL - -

歯科医院名

歯科医師名

住所 〒

TEL

FAX

紹介目的

平素よりお世話になっております。

下記患者様について、御高診・御加療のほどよろしくお願ひ申し上げます。

 糖尿病の疑いがあるため（歯周病治療反応性が低い）

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

歯周病の治療状況

 経過観察のみ ・ 治療不要 治療予定（治療開始（予定）日）： 年 月 日 治療中（治療頻度）： か月毎 ・ 週間毎 / 次回受診日： 月 日

歯周病の状態

： なし ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ その他（ ）

口腔内の状態

 歯周組織検査の概要 ・ 4mm以上の歯周ポケット： なし ・ あり

・ 歯の動揺： 重度 ・ 中等度 ・ 軽度 ・ 正常

・ 歯の痛み： なし ・ あり

・ その他：

 画像診断結果の概要 ・ 歯槽骨吸収： 高度 ・ 中等度 ・ 軽度 ・ 正常

・ その他の特記事項：

・ 写真添付※写真添付は任意： なし ・ あり

 口腔清掃状態： 良 ・ 普通 ・ 不十分

その他所見（異常）

： むし歯 ・ 舌、粘膜等 ・ 顎関節 ・ 咀嚼力に問題あり ・ 欠損部治療の必要あり

現在の処方 投与中の薬剤：内服 なし ・ あり

特記事項 現在の喫煙（あり ・ やめた（ 年前）・ 喫煙歴なし）