

診療情報提供書「問い合わせ」【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

問い合わせ目的

下記患者様からの聞き取りによって、貴院にて糖尿病加療中と伺いました。
当院での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。
よろしくお願ひ申し上げます。

現在の糖尿病の病態： 血糖値 ・ HbA1c ・ 処方薬剤 ・ 他合併症（ ）
糖尿病連携手帳発行の有無 ・ 重症低血糖の有無 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

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）