

糖尿病診療情報提供書（歯科宛ご紹介）

令和 年 月 日

紹介先歯科医療機関 <div style="text-align: center;"> 歯科医院 歯科クリニック 先生 </div>
--

医療機関名 所在地 電話番号 医師氏名 印

平素より大変お世話になっております。

下記患者様について貴科的御高診・御加療のほど、宜しくお願い致します。

患者氏名	電話番号	
患者住所	職業	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）	性別 男・女

傷病名	<input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> その他（ ）
合併症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 網膜症（単純網膜症、前増殖網膜症、増殖網膜症） <input type="checkbox"/> 腎症（腎症前期・早期腎症期・顕性腎症期・腎不全期・透析療法期） <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）
紹介目的	<input type="checkbox"/> 歯科治療 <input type="checkbox"/> 歯周病検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）

現病歴	
-----	--

既往歴	
-----	--

家族歴	
-----	--

症状経過 及検査結果	1. 罹病期間：約 年 ヶ月 不詳 2. 血液検査結果（ 月 日実施）：血糖値 mg/dl（空腹時、随時、食後 時間） 3. HbA1c： % 4. その他の特記事項：
---------------	---

現在の処方	抗凝固 <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし 降圧薬 <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし ビスホスホネート製剤 <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし インスリン <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし 薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 80%; margin: 5px auto;"></div> その他 <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし
-------	--

備考	歯科処置における注意点（出血傾向、低血糖の恐れ等）・ペリオスクリーン結果等
----	---------------------------------------