糖尿病診療情報提供書(結果ご報告)

令和　　年　　月　　日

紹介元歯科医療機関	医療機関名
歯科医院 歯科クリニック 先生	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の診断結果及び今後の治療内容を御報告致します。

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	□ 1型糖尿病　□ 2型糖尿病　□ 妊娠糖尿病 □ その他(　　)
合併症 □ あり □ なし	□ 高血圧　□ 脂質異常症 □ 網膜症(単純網膜症、前増殖網膜症、増殖網膜症) □ 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)　□ 神経障害 □ 冠動脈疾患 □ 脳血管障害 □ 末梢動脈疾患　□ その他(　　)
既往歴	
家族歴	
症状経過及び検査結果	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　: 5.ビスホスホネート製剤の使用　: □ あり(　　)　□ なし 6.食事療法　: □ あり　　□ なし 7.その他特記事項:
現在の処方	内服薬　□ あり　□ なし (　　) インスリン注射　□ あり(　　) □ なし
今後の予定	