

横浜市糖尿病診療情報提供書

歯科→医科

令和 年 月 日

医療機関名 - 診察券番号

患者氏名： 殿(男・女) 歯科 ID (番)

住 所：〒 - :

連絡先： - :

生年月日：(大昭平令) 年 月 日生 (歳)

職 業：:

紹介先医療機関名

歯科医師名 印

先生御机下

紹介目的

平素より大変お世話になっております。

上記患者様の ☐ 糖尿病の疑い☐ 糖尿病の治療・管理等☐ その他 ()について、貴科的御高診・御加療の程、
よろしくお願い致します。

傷病名

・ 歯周病 : ☐ 軽度 ☐ 中程度 ☐ 重度 ☐ その他 ()

既往歴

・ 疾病 : ☐ 高血圧症 ☐ 高脂血症 ☐ 脳血管障害
☐ 心疾患 () ☐ その他 ()・ 感染症 : ☐ B 型肝炎 ☐ C 型肝炎 ☐ その他 ()症状経過 : ☐ 歯周病発症 昭・平 年 ☐ 不明検査結果 : ☐ 別紙記載
☐ その他 ()

治療経過

・ 当院治療歴 : ☐ 治療なし ☐ 基本治療中 ☐ 基本治療終了
☐ 歯周外科治療終了 ☐ 定期的管理中 ☐ その他 ()

現在の処方

・ 投薬 : ☐ なし ☐ あり ()

特記事項

・ 喫煙歴 : ☐ なし ☐ あり (現在喫煙中・現在禁煙中)・ その他 : ☐ 薬剤アレルギー (あり・なし・不明)

糖尿病

・ 既往歴 : ☐ あり ☐ 疑い ☐ 不明 ☐ その他 ()・ 家族歴 : ☐ あり (父・母・祖父母・兄弟) ☐ なし ☐ 不明

備考 (その他報告事項等)

【 HbA1cも含めた糖尿病の状態、服薬状況、治療経過をお知らせ頂けると幸いです。 】