

診療情報提供書

紹介先医療機関等名_____

担当医_____科_____殿

令和____年____月____日

紹介元医療機関の所在地及び名称：

電話番号：

歯科医師名：

患者氏名_____

患者住所_____性別 男・女

電話番号_____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳） 職業

傷病名：重度歯周病

紹介目的：抜歯予定（ ）につき、糖尿病治療内容、現況をご教示願います

平素より大変お世話になっております。患者様はう蝕の治療希望で当院を受診されました。糖尿病の既往があり、かつて内服治療を受けていたものの、近年は内科受診がなく治療中断となっているようです。口腔内の処置は緊急性がないため、まずは糖尿病コントロールを優先するよう説明しております。血糖コントロール良好となった後に、外来にて局所麻酔下での抜歯処置(所要時間20分程度)を行う予定です。また、ガイドラインに従い、HbA1cが7%(NGSP値)以上の場合には術前後に抗菌薬を投与する予定としております。お忙しいところ恐縮ですが、ご高診の上ご加療の程よろしくお願い申し上げます。

既往歴及び家族歴

病状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備考