

診療情報等連携共有書

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：糖尿病の現況照会および降圧剤の変更をご検討願います。 平素よりお世話になっております。患者様は当院で歯周治療管理継続中ですが、部分的に歯槽骨の吸収・動揺があり抜歯を余儀なくされております。 つきましては、貴院における糖尿病治療経過(HbA1c、CRP値を含む)、服薬状況をご教示いただけないでしょうか。 また、歯周初期治療が終わってはいるものの未だ歯肉の炎症・腫脹が改善されません。Ca拮抗薬の降圧剤は歯肉腫脹をもたらしますので、可能であれば他の作用機序を有する降圧剤に変更することは可能でしょうか。お忙しいところ恐縮ですが、診療情報のご提供・ご助言何卒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