

横浜市糖尿病診療情報提供書

医科→歯科

平成 年 月 日

医療機関名 - 診察券番号

患者氏名： 殿 (男・女) 医科 ID (番)

住所：〒 - :

連絡先： - -

生年月日：(明大昭平) 年 月 日生 (歳)

職業：

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名

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 □歯周病の疑い □歯周病の治療・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

・糖尿病病型：□1型糖尿病 □2型糖尿病 □妊娠糖尿病 □その他 ()

既往歴

・糖尿病 合併症：□網膜症(単純・前増殖・増殖) □腎症(微量alb.・蛋白尿・腎不全・透析) □神経障害 □その他 ()
・その他の疾病：□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 () □不明

家族歴

：□あり(父・母・祖父母・兄弟) □なし □不明

症状経過

：□発症 昭・平 年 □不明

検査結果

：□別紙記載 □その他 ()

治療経過

・治療内容：□食事療法単独 □経口血糖降下薬 () □インスリン療法 ()

現在の処方

・併用薬：□あり(降圧剤・抗凝固剤・抗血小板薬・ビスフォスネート剤・その他) □なし

特記事項

・喫煙歴：□なし □あり(喫煙中・禁煙中)
・その他：□薬剤アレルギー (あり・なし・不明)

備考(その他報告事項等)

【 】