

横浜市糖尿病診療情報提供書

歯科→医科

平成 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:(明大昭平) 年 月 日生 (歳)

職業:

紹介元医療機関名

歯科医師名 印

紹介先医療機関名

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)

【 】