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　　について、貴科的御高診・御加療の程、

☐糖尿病の治療・管理等　　よろしくお願い致します。

☐その他（　　）

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）

【　　】