

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：□網膜症(単純・前増殖・増殖) □腎症(微量alb・蛋白尿・腎不全・透析)
合併症 □神経障害 □その他 ( )
その他の：□高血圧症 □高脂血症 □脳血管障害
疾病 □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

- 家族歴：□あり(父・母・祖父母・兄弟) □なし □不明

症状経過

- 症状経過：□発症 昭・平 年 □不明

検査結果

- 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)

