

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： 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)

【 】