

2017

糖尿病・歯周病重症化予防のための
横浜市医科歯科連携事業

情報提供書 マニュアル

歯科版

横浜市医師会

横浜市歯科医師会 Vol.2

～ 目次 ～

I	連携事業の趣旨及びフローチャート	P1
II	患者様への説明書	P2
III	情報提供書の書き方	
	・横浜市糖尿病診療情報提供書（歯科）原本	P3
	・情報提供書の記載方法	P4. P5
IV	横浜市糖尿病連携データ票の書き方	
	・横浜市糖尿病連携データ票（原本）	P6
	・連携データ票の記載方法	P7
	・よくある質問	P8
V	医科歯科連携記録票	
	・記録票（原本）	P9
VI	報告及びデータ集積方法	
	・FAX 送信用紙	P10
	・連携開始時の連絡及びデータ集積方法	P11

連携事業の趣旨

糖尿病は、喫煙と並び歯周病の二大危険因子であり、一方歯周病は、三大合併症と言われる網膜症・腎症・神経症障害に次いで多い糖尿病合併症である。

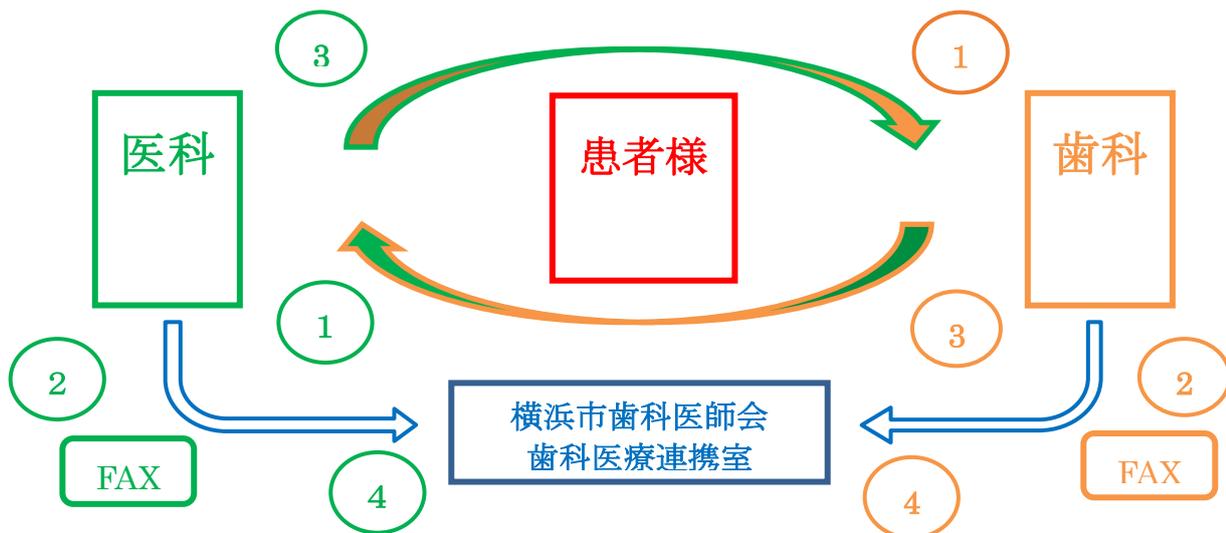
両疾病は共に代表的な生活習慣病であり、密接な相互関係にあると考えられている。

現在、糖尿病の改善により歯周病の進行が抑制されたり、歯周病をコントロールすることで糖尿病のコントロール状態が改善する可能性が示唆されている。

このことにより医科歯科連携による糖尿病・歯周病の早期発見早期治療及び重症化予防を目的とした事業を行うこととした。

- ① 連携医科協力医療機関を受診した糖尿病患者で、歯周病が疑われる患者を連携歯科協力医へ紹介する。
- ② 連携歯科協力医療機関を受診した歯周病患者で、糖尿病が疑われる患者を連携医科協力医へ紹介する。
- ③ ①もしくは②により医療連携が開始された場合、連携データは横浜市歯科医師会歯科医療連携室（以下：「歯科医療連携室」）にて管理・蓄積を行う。

連携フローチャート



医科

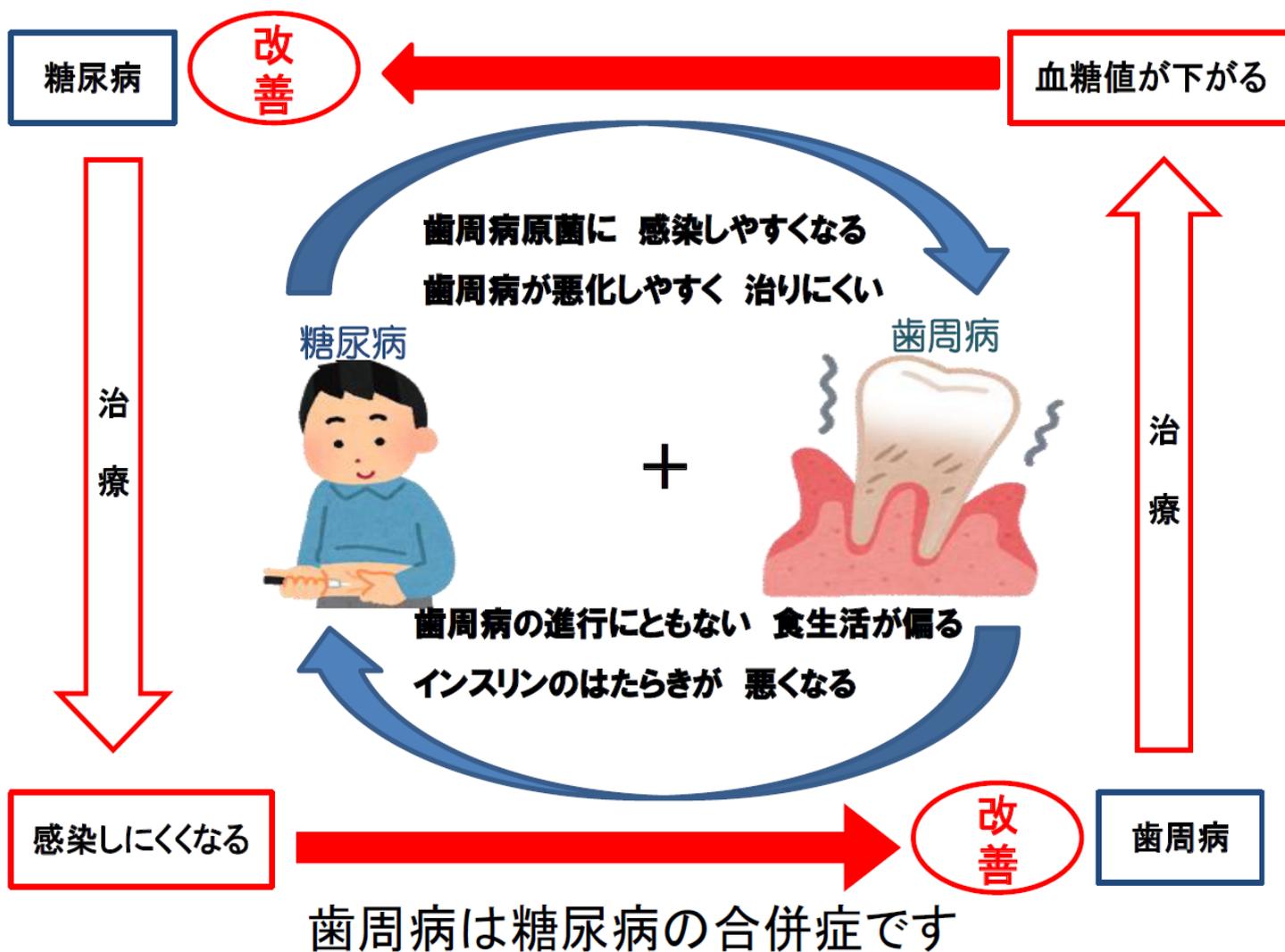
- ① 患者様が歯科から紹介状（情報提供書+データ票）を渡され、医科を受診する。
- ② FAX送信用紙に医科ID及び歯科IDと連携開始日を記入し歯科医療連携室にFAXする。（紹介状はコピーする）
- ③ 自院のデータを記入し、情報提供書とともに患者様に渡し、歯科に持って行ってもらう。（当日に限らない）
- ④ 年2回データ集積を行う。

歯科

- ① 患者様が医科から紹介状（情報提供書+データ票）を渡され、歯科を受診する。
- ② FAX送信用紙に歯科ID及び医科IDと連携開始日を記入し歯科連携室にFAXする。（紹介状はコピーする）
- ③ 自院のデータを記入し、情報提供書とともに患者様に渡し、医科に持って行ってもらう。（当日に限らない）
- ④ 年2回データ集積を行う。

糖尿病と歯周病の関係をご存知ですか

糖尿病が歯周病を治りにくくしている事があります。
歯周病の治療が血糖値を改善させる可能性があります。



横浜市医師会と横浜市歯科医師会は
糖尿病と歯周病の重症化を予防することを目的に
医科歯科連携事業を開始します

※ それぞれの疾患の情報を共有 蓄積することで疾患の予防対策をします

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： _____

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名

_____ 歯科医師名 _____ 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 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)

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：

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名

歯科医師名 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 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)

情報提供書の記載方法

重要

① 以下の情報（網掛け部分）を記入し、コピーを取ることをお勧めします。

- ・患者様の基本情報
- ・歯科 ID・・・（自医院名ー診察券番号）
- ・紹介元・・・（自院・・・ゴム印可）
- ・紹介先名称、及び歯科医師名
- ・四角枠内の患者様のデータ

★ 上記を記入しコピーを取ることによって、連携中何度も新規に記入する手間を省くことが可能となります。

② 日付けを記入し、紹介目的にチェックを入れる。（網掛け白字部分）

★ 紹介目的はその都度変更して構いません。

③ その他報告事項等ありましたら、下記の備考欄に記入する。

★ 初回報告から変化があったもの（治療経過、現在の処方等）等、連携に必要な内容をご記入ください。

本連携事業の患者紹介には 必ず情報提供書とデータ票が必要となります

必ずこの2部を患者様にお渡しください。

- ・ 基本的に情報提供書とデータ票は連携先の医療機関に患者様が持参することとなります。
- ・ 本情報提供書は診療情報提供料（I）の算定が可能な内容となっております。

横浜市糖尿病連携データ票

医療機関名 - 診察券番号

患者氏名： _____ 殿 (_____) 歳

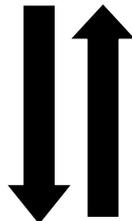
内科 ID (_____ - _____ 番)

歯科 ID (_____ - _____ 番)

内科医療機関名： (_____) (*2~3 か月に1度の結果をご記入ください)

月日 検査	連携開始時 (/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
血圧(mmHg)						
空腹時血糖値						
食後血糖値	(h)	(h)	(h)	(h)	(h)	(h)
HbA1c(%)						

報告事項(/)



- ・治療方針変更 あり (_____)
- ・投薬内容変更 あり (_____)
- ・その他連絡事項 あり (_____)

歯科医療機関名： (_____)

初診時 : 残存歯数 (_____) 本 齲蝕歯数 (_____) 本

歯周病検査	初診時 (/)	基本治療終了時 (/)	() ヵ月後	() ヵ月後	() ヵ月後	() ヵ月後
歯周ポケット 深さ (mm)						
歯肉出血の 割合 (%)						
清掃 状態	良好・ 普通・不良	良好・ 普通・不良	良好・ 普通・不良	良好・ 普通・不良	良好・ 普通・不良	良好・ 普通・不良
改善 度	良好・ 不変・悪化	良好・ 不変・悪化	良好・ 不変・悪化	良好・ 不変・悪化	良好・ 不変・悪化	良好・ 不変・悪化

報告事項(/)

- ・治療方針変更 あり (_____)
- ・口腔内状況変化 あり (_____)
- ・その他連絡事項 あり (_____)

連携データ票の記載方法

- ① 患者氏名、年齢、歯科 ID を記載してください。
- ② 枠内のデータの記載をして下さい
 - ・ 歯周ポケットの深さ、歯肉出血の割合は、記録票から写して下さい。
 - ・ 清掃状態及び改善度は、主観的な判断でかまわないので○印で囲んでください。
 - ・ 歯周病検査は、すでに通院しており歯周病治療中の場合は、当該同一初診の最初の歯周病検査値を記入してください。
 - ・ 歯周病検査 基本治療終了時とは、スケーリングで歯周治療が終わるような場合は、2回目の歯周病検査値を、SRP・PCURまで治療が進むようならば、3回目の歯周病検査値を記載してください。
 - ・ その後は、再SRP・再PCUR、特定薬剤、歯周外科手術等の評価の歯周病検査値を記載してください。
- ③ 報告事項がある場合は、日付を入れ、□にチェックし、カッコ内に内容をお書きください
また、情報提供書の備考欄も利用してください。
- ④ 医科データ標準値
 - ・ 収縮期血圧 140mmHg 未満、拡張期血圧 90mmHg 未満
 - ・ 血糖値 空腹時 110mg/dl 未満、75gOGTT 2時間値 140mg/dl 未満
境界値 空腹時 126mg/dl 未満、75gOGTT 2時間値 200mg/dl 未満
 - ・ HbA1c 6.1%未満（JDS 値）、6.5%未満（国際基準値）
※75gOGTT 2時間値とは、空腹状態でブドウ糖 75g を水に溶かし摂取後 2 時間の血糖値

本連携事業の患者紹介には 必ず情報提供書とデータ票が必要となります

必ずこの2部を患者様にお渡しください。

- ・ 基本的に情報提供書とデータ票は連携先の医療機関に患者様が持参することとなります
- ・ 本情報提供書は情報提供料の算定が可能な内容となっております

よくある質問

- 1 ・ 連携開始がよくわからない
 ・ 長く通院している患者さんのデータの記入方法がよくわからない。
 →あくまでも紹介した日を開始日とする。

 長く通院している人で新たに連携を組む場合でも同様である。

 それ以前のデータが必要な場合は添付する。
- 2 ・ 投薬の経緯を書く欄がなく困った。
 →情報提供書の最下部、備考欄をうまく使う。

 記入しきれない場合、途中で薬が変わるケースがあった場合等

 お薬手帳をコピーして添付する。
- 3 ・ 連携開始したものの、糖尿病（歯周病）でなかったドロップアウト
 症例はどうするか。
 →連携のカウントに入れる。

医療機関名 _____ 診察券番号 _____

患者氏名: _____ 殿 () 歳 歯科 ID (_____ 番)

平成 年 月 日 初診時 ・ 基本治療終了時 ・ () ヶ月後

総残存歯数 () 本 齲蝕歯数 () 本

動揺度							歯周ポケット深さ (PD) の平均値 10 歯の PD/10 (歯数)
BOP							
PD							歯肉出血 (BOP) の割合 出血部位数/10 (歯数)
	7	6	1		6	7	
	7	6		1	6	7	
PD							動揺度 (0 1 2 3) 口腔清掃状態 (良好・普通・不良)
BOP							
動揺度							

残存歯数(齲蝕歯数)	平均 PD(mm)	平均 BOP (%)	最大動揺度	口腔清掃状態
()				良・普・不

前歯部の対象歯 (11 あるいは 31) が欠損している場合は、反対側同名歯 (21 あるいは 41) を検査対象とする。
両側とも欠損している場合、また臼歯部が欠損している場合には、検査対象外として「×」を記入する。

平成 年 月 日 基本治療終了時 ・ () ヶ月後

総残存歯数 () 本 齲蝕歯数 () 本

動揺度							歯周ポケット深さ (PD) の平均値 10 歯の PD/10 (歯数)
BOP							
PD							歯肉出血 (BOP) の割合 出血部位数/10 (歯数)
	7	6	1		6	7	
	7	6		1	6	7	
PD							動揺度(0 1 2 3) 口腔清掃状態 (良好・普通・不良)
BOP							
動揺度							

残存歯数(齲蝕歯数)	平均 PD(mm)	平均 BOP (%)	最大動揺度	口腔清掃状態
()				良・普・不

FAX 送信用紙

横浜市歯科医師会 歯科医療連携室 行

送信元

書類送付のご案内

下記のとおり、書類を送付させていただきます。よろしくお願い申し上げます。

横浜市糖尿病医科歯科連携を開始します。

連携開始日 年 月 日

医科 ID ()

歯科 ID ()

事務局管理 患者 ID ()

横浜市歯科医師会

10 歯科医療連携室 FAX 番号 0120-458-557

連携開始時の連絡

【医科から歯科へ情報提供書を持ってきた場合】

- ・ 医科から送られてきた（患者様が持ってきた）情報提供書を受け取った時点で連携が開始します。
- ・ FAX 送信用紙で、**歯科 ID 及び医科 ID と連携開始日（情報提供書の右上の日付け）**を記入し、歯科医療連携室に送ってください。
- ・ **必ず、紹介された側が FAX 送信して下さい。**
- ・ 連携開始後 FAX 送信はこの 1 回のみです。

【歯科から医科へ情報提供書を持って行く場合】

- ・ **歯科から FAX 送信用紙での送信は不要です。（医科からの送信があるため）**

データ集積の方法

- ・ **年 2 回の報告**といたします。
- ・ 上半期（4月1日～9月30日）は、9月30日を締め日とし、**10月15日までに**歯科医療連携室へ専用の封筒にて送付してください。
- ・ 下半期（10月1日～翌年3月31日）は、3月31日を締め日とし、**4月15日までに**歯科医療連携室へ専用の封筒にて送付してください。
- ・ 送付する資料は以下の 3 点です。
 - ① 情報提供書のコピー（自院から紹介した、または紹介する情報提供書）
 - ② データ票・・・手元にある最新のもののコピー
 - ③ 記録表（歯科）のコピー