

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名・薬局名

紹介元の所在地

電話番号

医師・薬剤師 氏名

担当医 _____ 先生 _____

印

| | |
|---|----------------------|
| 患者氏名 | 性別 男 ・ 女 |
| 患者住所 〒 _____ | 電話番号 _____ (_____) |
| 生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) | 職業 _____ |

紹介目的

上記患者は当院で糖尿病の療養中です。問診および診察時において、
(歯肉出血 歯肉腫脹 歯の動揺 歯・歯肉の疼痛 口臭
その他 _____)
を認めており、歯周疾患の罹患が疑われます。
ご精査の上、ご加療頂きますよう宜しくお願い申し上げます。

| | |
|---|--|
| 傷病名・治療経過 糖尿病 (1型・2型・その他 _____) 推定罹病期間 約 _____ 年 当院初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 治療方法 1. 未治療 2. 食事療法 3. 運動療法 4. 経口薬 5. インスリン注射 6. その他 | 合併症 腎症 (あり ・ なし ・ 不明) 透析 (あり ・ なし ・ 不明) 神経障害 (あり ・ なし ・ 不明) 網膜症 (あり ・ なし ・ 不明) 虚血性心疾患 (あり ・ なし ・ 不明) 脳卒中・脳梗塞 (あり ・ なし ・ 不明) 高血圧 (あり ・ なし ・ 不明) 足病変 (あり ・ なし ・ 不明) |
|---|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|---|---|---|-------|--|--|--|------|--|--|--|-----------|--|--|--|-----|--|--|--|--|
| 検査所見 コントロール状態 (優 ・ 良 ・ 可 ・ 不可) <table><tr><td>日付</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>空腹時血糖</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>随時血糖</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HbA1c (%)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>血 圧</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | 日付 | / | / | / | 空腹時血糖 | | | | 随時血糖 | | | | HbA1c (%) | | | | 血 圧 | | | | 現在の処方 (書ききれない場合は処方の一覧表を添付) 経口薬・インスリン等 その他 |
| 日付 | / | / | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 空腹時血糖 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 随時血糖 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HbA1c (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血 圧 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|------------------|
| その他 ブドウ糖の所持 (あり ・ なし) 血糖測定器の所持 (あり ・ なし) | 添付資料 (あり ・ なし) |
|--|------------------|