

診療情報提供書（歯科あて結果報告書）

令和 年 月 日

紹介先医療機関

歯科医院 先生

医療機関名	
所在地	
電話番号	
医師氏名	印

下記患者様についての診断結果及び今後の治療内容をご報告いたします。

なお、下記については当院で現在把握している項目についてのみ記載してあります。

患者氏名	様	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）		

診断結果	<input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠性糖尿病 <input type="checkbox"/> 境界型 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 異常なし(特に問題なし)
その他の疾患	

糖尿病もしくは疑いのある場合や経過観察の必要がある場合

合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 腎症 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> その他()
症状経過及び検査結果	1. 罹患期間 約 年 ヶ月 不詳 2. 検査結果 (月 日実施) 血糖値 mg/dl (空腹時、随時、食後 時間) HbA1c % 3. その他の検査 () 4. 食事療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 5. その他の特記事項() 内服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () インシュリン <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
その他の情報	感染症検査 <input type="checkbox"/> 梅毒 TPHA() RPR() <input type="checkbox"/> HBs抗原() <input type="checkbox"/> HCV抗体() <input type="checkbox"/> 検査未実施()
	CRP mg/dl (歯周病が原因でCRP値が下がらない場合があります)
	抗凝固薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	抗血小板薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	降圧剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	ビスホスフォネート製剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
アレルギー(薬物、金属など) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
今後の予定及び併診状況の有無	