

診療情報提供書（医科あて紹介書）

令和 年 月 日

紹介先医療機関

病院、医院 科 先生	歯科医院名 所在地 電話番号 歯科医師氏名 印
--------------------------	---

下記患者様について貴科的御高診・御加療のほど、宜しくお願い致します。

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）		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 糖尿病の疑い <input type="checkbox"/> 医科的疾患の精査・加療 <input type="checkbox"/> 診断／現在の病態の確認／その他（ ）		
当院での治療経過	<input type="checkbox"/> 歯周病治療中（現在の病態： <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度） <input type="checkbox"/> 歯周病治療終了後定期管理中 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
当院での現在の処方	投与中の薬剤 内服 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		

<p>糖尿病リスクチェック</p> <p>糖尿病あるいは、糖尿病の疑い（境界型糖尿病）と言われたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>2親等以内のご家族に糖尿病の方はいらっしゃいますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい（祖父母、父親、母親、兄弟、姉妹、子供、孫）</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>肥満と言われたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい[現在の体重 kg（過去の最大体重 kg） 身長 cm]</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>その他</p> <p><input type="checkbox"/> のどがよく渴く</p> <p><input type="checkbox"/> 尿の量・回数が多い</p> <p><input type="checkbox"/> 尿に糖が出たことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 体重が急激に変化（減少 増加）した [当てはまる場合、どちらかに○を付けて下さい]</p> <p><input type="checkbox"/> 全身がだるく、疲れやすいことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 目がかすむことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 足がしびれる、または痛むことがある</p>
