

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	☐ 糖尿病の疑い ☐ 医科的疾患の精査・加療 ☐ 診断／現在の病態の確認／その他（ ）		
当 院 で の 治 療 経 過	☐ 歯周病治療中（現在の病態： ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度） ☐ 歯周病治療終了後定期管理中 ☐ その他（ ）		
当 院 で の 現 在 の 処 方	投与中の薬剤 内服 ☐ なし ☐ あり（ ）		

糖尿病リスクチェック

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？

☐ はい ☐ いいえ

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？

☐ はい（祖父母、父親、母親、兄弟、姉妹、子供、孫）☐ いいえ

肥満と言われたことがありますか？

☐ はい[現在の体重 kg（過去の最大体重 kg） 身長 cm]☐ いいえ

その他

☐ 目がかすむことがある ☐ 尿の量・回数が多い ☐ 全身がだるく、疲れやすいことがある☐ 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]☐ のどがよく渇く ☐ 尿に糖が出たことがある ☐ 足がしびれる、または痛むことがある

備考欄