

診療情報提供書（歯科あて紹介書）

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貴科的御高診・御加療のほど、宜しく願い致します。

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"/> 歯周病の診断および治療 <input type="checkbox"/> むし歯の診断および治療 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力の診断 <input type="checkbox"/> その他()	
傷病名	<input type="checkbox"/> なし <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()	
合併症	<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 臨床情報	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()

歯周病リスクチェック

<input type="checkbox"/> 歯肉から出血する <input type="checkbox"/> 歯肉が赤く腫れている <input type="checkbox"/> 歯がグラグラして硬いものが食べにくい <input type="checkbox"/> 歯科医に歯周病と言われたことがある <input type="checkbox"/> 口臭がひどいと言われたことがある

備考欄
