

## 糖尿病・歯周病診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先 (診療情報を提供する保険医療機関名)  歯科医院名  先生 御侍史
---

医院名	
医師名	印
住所	
Tel	
Fax	

患者氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	
電話番号	生年月日 年 月 日 歳

いつも大変お世話になっております。上記患者様について下記件で連絡をさせていただきます。

紹介目的	<input type="checkbox"/> 歯周病が疑われます。歯周病につきご高診ご加療をお願いします。 <input type="checkbox"/> 歯科疾患（う蝕・咀嚼機能低下・その他）に関してご高診ご加療をお願いします。 <input type="checkbox"/> 糖尿病治療に関連し、歯周病の病状について紹介をお願いします。 <input type="checkbox"/> お問い合わせいただきました病状について下記のように報告します。																		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 非糖尿病																		
合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 腎症 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5期 ) 神経障害 動脈硬化性疾患 その他 ( )																		
その他傷病名	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> その他 ( )																		
治療方法	<input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他																		
参考資料等	<input type="checkbox"/> お薬手帳等 <input type="checkbox"/> 検査結果一覧 <input type="checkbox"/> JADEC（糖尿病）連携手帳 ※お薬手帳、検査結果ない場合は下記投与内容、検査所見に記載ください																		
投薬内容	<input type="checkbox"/> α-GI <input type="checkbox"/> SGLT2阻害薬 <input type="checkbox"/> チアゾリゾン <input type="checkbox"/> ピグアナイド <input type="checkbox"/> イメグリミン <input type="checkbox"/> DPP-4阻害薬 <input type="checkbox"/> GLP-1作動薬 <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> グリニド <input type="checkbox"/> インスリン製剤 その他 ( )																		
検査所見	HbA1c % 血糖値 mg/dl ( 空腹時 隨時 ) 検査日 月 日																		
血糖コントロール目標	<table border="1"><tr><td rowspan="2">65歳未満</td><td colspan="2">血糖正常化を目指す際の目標</td><td colspan="2">合併症予防のための目標</td><td colspan="2">治療強化が困難な際の目標</td></tr><tr><td>HbA1c (%)</td><td><input type="checkbox"/> 6.0未満</td><td><input type="checkbox"/> 7.0未満</td><td><input type="checkbox"/> 8.0未満</td><td><input type="checkbox"/> 8.5未満</td></tr><tr><td>65歳以上</td><td>HbA1c (%)</td><td><input type="checkbox"/> 7.0未満</td><td><input type="checkbox"/> 7.5未満</td><td><input type="checkbox"/> 8.0未満</td><td><input type="checkbox"/> 8.5未満</td></tr></table>	65歳未満	血糖正常化を目指す際の目標		合併症予防のための目標		治療強化が困難な際の目標		HbA1c (%)	<input type="checkbox"/> 6.0未満	<input type="checkbox"/> 7.0未満	<input type="checkbox"/> 8.0未満	<input type="checkbox"/> 8.5未満	65歳以上	HbA1c (%)	<input type="checkbox"/> 7.0未満	<input type="checkbox"/> 7.5未満	<input type="checkbox"/> 8.0未満	<input type="checkbox"/> 8.5未満
65歳未満	血糖正常化を目指す際の目標		合併症予防のための目標		治療強化が困難な際の目標														
	HbA1c (%)	<input type="checkbox"/> 6.0未満	<input type="checkbox"/> 7.0未満	<input type="checkbox"/> 8.0未満	<input type="checkbox"/> 8.5未満														
65歳以上	HbA1c (%)	<input type="checkbox"/> 7.0未満	<input type="checkbox"/> 7.5未満	<input type="checkbox"/> 8.0未満	<input type="checkbox"/> 8.5未満														
歯科治療時注意点	外科処置 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 要注意 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 詳記																		

備考
----

ご多忙のところ恐れ入りますが何卒よろしくお願いします。