

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) 医院名 先生 御侍史

歯科医院名	
歯科医師名	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"/> リスク判定などから糖尿病が疑われます。糖尿病につきご高診ご加療をお願いします。 <input type="checkbox"/> 歯科治療に関連し、糖尿病の病状についてご教示願います。 <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。
歯周炎の状態	<input type="checkbox"/> 軽度歯周炎 <input type="checkbox"/> 中等度歯周炎 <input type="checkbox"/> 重度歯周炎 <input type="checkbox"/> なし
歯周炎の範囲	<input type="checkbox"/> 広汎型 <input type="checkbox"/> 限局型 <input type="checkbox"/> なし

以下はより詳細な患者情報について、必要に応じて記載します（任意）	
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い
口腔清掃状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い
参考資料等	<input type="checkbox"/> 口腔内写真 <input type="checkbox"/> パノラマXP <input type="checkbox"/> 歯周検査表 <input type="checkbox"/> JADEC（糖尿病）連携手帳
治療予定	<input type="checkbox"/> 歯周病治療（定期治療含む） <input type="checkbox"/> 義歯治療（新製・修理・調整） <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> う蝕・根管治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能訓練 <input type="checkbox"/> 外科処置 【 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> その他（ ） 】 外科処置後食事摂取困難になるリスク <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い その他（ ）

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。