

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 <div style="text-align: right; padding-right: 20px;">先生 御侍史</div> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">歯科医院名</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">歯科医師名</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">住所</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Tel</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Fax</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> | 歯科医院名 | | 歯科医師名 | | 住所 | | Tel | | Fax | |
| 歯科医院名 | | | | | | | | | | | |
| 歯科医師名 | | | | | | | | | | | |
| 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 |

[illegible]

| |
|----|
| 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。