

# 診療情報提供書 (医科→歯科)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

御中

主治医

先生

下記患者は当院において糖尿病療養中です。問診および診察時において  
( 口臭 口腔内乾燥 歯肉出血 歯肉の腫れ 歯のぐらつき 口腔内の粘つき  
ブラッシング時の出血 排膿 疼痛 )  
が認められ、歯周疾患の罹患が疑われます。ご精査の上、必要な対応をお願いいたします。

紹介元医療機関の所在地：

医療機関名：

電話番号：

医師氏名：

患者氏名 様 性別：男 ・ 女

患者住所 電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)

傷病名 糖尿病 その他 ( )

病状経過および検査情報

糖尿病診断時期 歳頃 ( 年頃) : 初診年月日 年 月 日

検査日	/	/	/
血圧 (mmHg)			
空腹時血糖 (mg/dl)	(食後 h)	(食後 h)	(食後 h)
HgA1c (%)	(JDS・NGSP)	(JDS・NGSP)	(JDS・NGSP)

現在の処方

その他