

診療情報提供書 (医科から歯科)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

〒 ー

島根県

TEL

担当医

医師名

印

患者氏名	性別 男 女
住所	電話
生年月日 明、大、昭、平	年 月 日 歳
主訴又は病名 既往歴及び家族歴	
紹介目的	
病状経過及び 検査所見 治療経過	
いつもお世話になります。 患者は 型糖尿病です。 HbA1c は %です。 歯周病の状況はどうでしょうか 御高診御加療をお願いします。	
<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (I・II・III・VI・不明) <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 (あり・なし) () <input type="checkbox"/> Ca拮抗薬 (あり・なし) () ・ 糖尿病治療法 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> インスリン ・ 麻酔薬のアレルギー (あり・なし) ・ 感染 (B型・C型・ワ氏・不明)	
現在の処方	