

患者氏名： _____ 殿（男・女）

住所：〒 _____ :

連絡先： _____

生年月日：（明大昭平） 年 月 日生（ 歳）

紹介先医療機関名

先生御机下

紹介元医療機関名

医師名 _____ 印

紹介目的

平素より大変お世話になっております。

上記患者様の 歯周病の疑い 歯周病の治療・管理等 その他（ _____ ）

について、貴科的御高診・御加療の程、

よろしくお願い致します。

傷病名

・糖尿病病型： I型糖尿病 2型糖尿病 妊娠糖尿病 その他（ _____ ）

既往歴

・糖尿病： 網膜症（単純・前増殖・増殖） 腎症（微量 alb・蛋白尿・腎不全・透析）合併症 神経障害 その他（ _____ ）・その他の： 高血圧症 高脂血症 脳血管障害疾病 心疾患（ _____ ） その他（ _____ ）・感染症： B型肝炎 C型肝炎 その他（ _____ ） 不明家族歴： あり（父・母・祖父母・兄弟） なし 不明症状経過： 発症 昭・平 _____ 年 不明検査結果： 別記記載 その他（ _____ ）

治療経過

・治療内容： 食事療法単独 経口血糖降下薬（ _____ ） インスリン療法（ _____ ）

現在の処方

・併用薬： あり（降圧剤・抗凝固剤・抗血小板薬・ビスフォスネート剤・その他） なし

特記事項

・喫煙歴： なし あり（喫煙中・禁煙中）・その他： 薬剤アレルギー（あり・なし・不明）

備考（その他報告事項等）

【

】