

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

歯医師名 _____ 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 糖尿病の疑い 糖尿病の治療・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

・歯周病：軽度 中程度 重度 その他（ _____ ）

既往歴

・疾病：高血圧症 高脂血症 脳血管障害
心疾患（ _____ ） その他（ _____ ）・感染症：B型肝炎 C型肝炎 その他（ _____ ）症状経過：歯周病発症 昭・平 年 不明検査結果：別記記載
その他（ _____ ）

治療経過

・当院治療歴：治療なし 基本治療中 基本治療終了
歯周外科治療終了 定期的管理中 その他（ _____ ）

現在の処方

・投薬：なし あり（ _____ ）

特記事項

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

糖尿病

・既往歴：あり 疑い 不明 その他（ _____ ）・家族歴：あり（父・母・祖父母・兄弟） なし 不明

備考（その他報告事項等）

【 _____ 】