

## 診療情報提供書（糖尿病と歯周病治療）

（提供先医療機関名）

年 月 日

\_\_\_\_\_ 歯科クリニック  
\_\_\_\_\_ 先生

（※）提供元医療機関名

（※）所在地

（※）電話番号

患者氏名 \_\_\_\_\_（性別：男・女） 生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日（ \_\_\_\_\_歳）

患者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

**傷病名** 糖尿病

**紹介目的** 糖尿病患者に対する歯周病治療の早期・積極的介入のため

**既往・家族歴** 特記事項（あり なし）（別紙「糖尿病手帳」等を参照）

**症状経過・検査結果** 特記事項（あり なし）（別紙「糖尿病手帳」等を参照）

**治療経過** 特記事項（あり なし）（別紙「糖尿病手帳」等を参照）

**現在の処方** 特記事項（あり なし）（別紙「糖尿病手帳」等を参照）

### 備考欄

- 糖尿病治療の医歯連携として、歯周病治療の早期介入・積極的治療の実施をお願いします。
- その他の関連する特記・連絡事項等

注）「（※）印」部分は、ご記入または「✓印」等チェックをお願い致します。

また、当用紙ではなく「電子カルテ」出力の「診療情報提供書」様式でも全く構いません。  
（その際は、お手数ですが、必要事項（情報）の追記等をお願い致します。）