

\_\_\_\_\_クリニック  
\_\_\_\_\_先生 御机下

大変お世話になっております。\_\_\_\_\_で開業している\_\_\_\_\_歯科  
クリニックの院長\_\_\_\_\_と申します。

この度は、患者\_\_\_\_\_さんの保険診療に関するご照会・ご依頼にて、ご連絡  
致しました。\_\_\_\_\_さんは貴院にて糖尿病治療を受けられていると思いますが、  
当院では現在「歯周病治療」として、以下の治療・管理（段階）に取り組んでおります。

- 歯周病検査に基づく初期介入（歯周基本治療）の段階（又は実施予定）  
歯周基本治療（処置等）を終えて「定期的な維持・管理（SPT）」の段階  
その他【特記事項：\_\_\_\_\_】

歯周病治療では糖尿病患者に限って、医科の先生から診療情報提供書（様式に基づく）  
をいただき連携する場合、保険適用となる診療行為が拡大。より積極的な治療介入が保険  
診療の範囲で可能となります。具体的には、

初期段階から歯周基本治療と「抗菌薬注入療法」を並行実施（通常、初期は適用外）  
通常は3月に1回の「維持・管理（SPT）」治療の「毎月」実施  
が保険診療で認められ、歯周病の早期・積極的治療が全身状態にも資すると思われま

なお、今回の情報提供（文書）によって、新たに先生のご負担が増えるものではなく、  
先生の方の保険診療に制約等が生じるものではなくごさいません（歯科診療側の保険適用  
範囲が拡大するのみ：裏面参照）。

つきましては、ご多忙の所、大変恐縮ですが、\_\_\_\_\_さんの「糖尿病」治療  
に関する診療情報提供をいただけますよう、宜しくお願い申し上げます。

なお、その折、同封の別紙（該当項目にチェック、必要項目のみご記載で可）もご活用  
下さい。（※または、電子カルテ出力の「診療情報提供書」でも全く差し支えありませんが、  
その際は、お手数ですが、別紙ご参照の上、必要事項を追記願います。）

ご不明な点などございましたら、遠慮なく当院までお問合せください。ぜひ今後とも、  
宜しくお願い申し上げます。

\_\_\_\_\_年 月 日  
\_\_\_\_\_ 歯科クリニック  
院長 \_\_\_\_\_ 拝

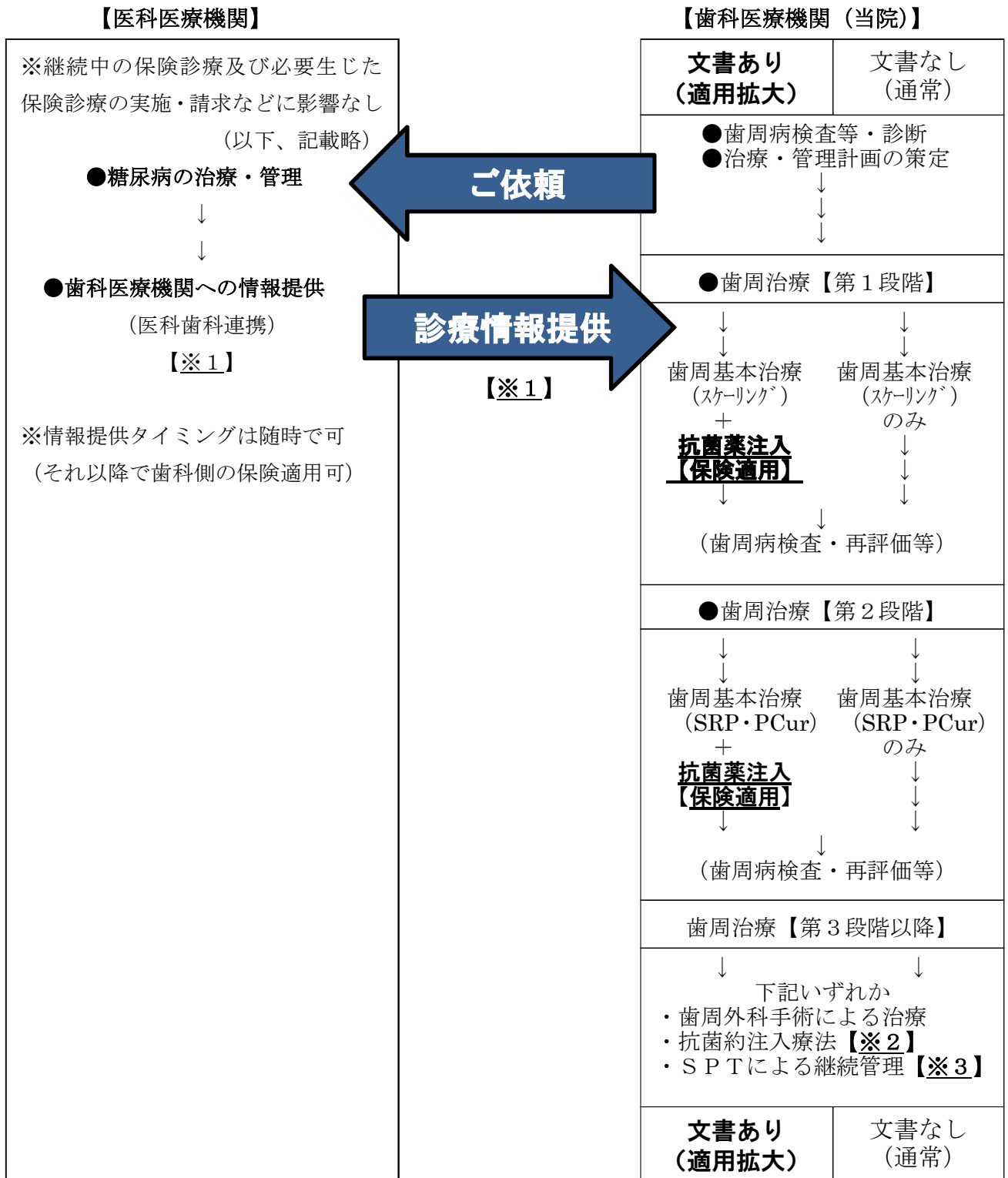
### 先生へのご依頼（お願い）

- 糖尿病に係る診療情報につき、様式に基づく診療情報提供書（文書提供）を  
お願いしたく、ご依頼申し上げます。
- 医科の先生からの「文書提供」により、「歯周病治療」の保険適用が拡大し、  
より早期・積極的な治療介入が保険診療にて可能となります。
- 文書提供により、医科の先生方に新たなご負担や診療上の制約が生じることは  
ごさいません。お手数をおかけしますが、ご配慮賜れば幸甚に存じます。

**【裏面】**

**※当該「医歯連携」のチャート・概略図示（イメージ）※**

（糖尿病治療の歯周病治療の関連／抗菌薬注入療法の初期段階から併施の例）



※1 当該文書に基づく歯科保険診療を開始・継続の場合、医科医療機関にて「診療情報提供（I）」

**250点を算定可能**

※2 歯科単独では、「第3段階」以降でのみ「抗菌薬注入療法」が保険診療で可

※3 歯科単独では、SPT算定頻度「3カ月に1回」の制限あり。（情報提供にて短縮可能）