

糖尿病診療情報提供書

年 月 日

歯科医療機関

医療機関の名称 _____

歯科診療所名 医療法人社団河底歯科・矯正歯科 _____ 科

所在地 広島県福山市三吉町2丁目14-8

Tel _____ (内線: _____)

Tel 084-931-0041 Fax 084-931-0093

Fax _____

_____ 河底晴起 先生侍史

医師名 _____ 印

患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令) 年 月 日 (歳)
患者住所	〒 _____ 県 市郡村 町	電話番号: 職業:
傷病名	糖尿病病型 <input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 歯周病の疑い <input type="checkbox"/> 歯周病の治療・管理等 <input type="checkbox"/> その他:	
既往歴	糖尿病: <input type="checkbox"/> 網膜症 (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 前増殖・ <input type="checkbox"/> 増殖) <input type="checkbox"/> 腎症 (<input type="checkbox"/> 微量 alb.・ <input type="checkbox"/> 蛋白尿・ <input type="checkbox"/> 腎不全・ <input type="checkbox"/> 透析) 合併症: <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> その他 (_____) その他の疾病: <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心疾患 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) 感染症: <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 不明	
家族歴	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母・ <input type="checkbox"/> 祖父母・ <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
症状経過	<input type="checkbox"/> 発症 (昭和・平成・令和 年) <input type="checkbox"/> 不明	
検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙記載 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
治療経過	治療内容: <input type="checkbox"/> 食事療法単独 <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬 (_____) <input type="checkbox"/> インスリン療法 (_____)	
現在の処方	併用薬: <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 降圧剤・ <input type="checkbox"/> 抗凝固剤・ <input type="checkbox"/> 抗血小板薬・ <input type="checkbox"/> ビスフォスネート剤・ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> なし	
特記事項	喫煙歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 喫煙中・ <input type="checkbox"/> 禁煙中) その他: <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー (<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 不明)	
その他報告事項等		