

# 歯科診療情報提供書【糖尿病患者紹介用】

紹介医療機関

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\_\_\_\_病院・歯科医院

\_\_\_\_先生

医療機関名

医師名

Tel.

Fax.

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男 女 職業 \_\_\_\_\_

生年月日 明治 大正 昭和 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

住所 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

傷病名:糖尿病 初診年月日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 診断時期 \_\_\_\_歳頃 ( \_\_\_\_ )年頃

紹介目的: 歯周病精査 その他 \_\_\_\_\_

併発疾患: 糖尿病網膜症 糖尿病腎症 糖尿病神経障害 虚血性心疾患 脳卒中  
閉塞性動脈硬化症 高血圧症 脂質異常症 その他 \_\_\_\_\_

既往歴・家族歴: \_\_\_\_\_

検査結果: 検査日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 糖尿病手帳参照 別紙参照

身長(cm) \_\_\_\_\_ 体重(kg) \_\_\_\_\_ 腹囲(cm) \_\_\_\_\_ 血圧(mmHg) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

血糖(mg/dl) \_\_\_\_\_ 空腹 食後 \_\_\_\_時間 HbA1c(%) \_\_\_\_\_

T-chol(mg/dl) \_\_\_\_\_ LDL-chol(mg/dl) \_\_\_\_\_ HDL-chol(mg/dl) \_\_\_\_\_ TG(mg/dl) \_\_\_\_\_

血清Cr(mg/dl) \_\_\_\_\_ 尿蛋白 \_\_\_\_\_ 尿中アルブミン(mg/gCr) \_\_\_\_\_

症状経過・治療経過・備考など

現在の処方