**糖尿病と歯周病連携専用紹介状 歯 → 医（紹介）**

年　 月 　 日

|  |
| --- |
| 【紹介先医療機関名：　　　　 　　　　　　　　　】    担 当 医：　　　　 　先生御侍史 |
| 【紹介元医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　】  　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所である　　　（　1. はい　　2. いいえ　）  　住　　所：  　電話番号：  　歯科医師名： |
| 拝啓、時下、先生には益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。  患者　　　　　　　　様　（ 男　女 ）（　　　　年　　月　　日生）（　　　才）を  ご紹介させて頂きます。宜しく御高診の程お願い申し上げます。  依頼内容  当院において、 　 　年　　月　　日初診、歯周病治療を行っています。  問診、聞き取り検査により、糖尿病の（ 1. 疑い　2. 未治療 ）が考えられますので  お願いいたします。 |
| 歯周病の病状　　1. 軽 度　　2. 中 度　　3. 重 度  　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  口腔内の状態　　歯肉症状  （ 1. 歯肉腫脹　2. 歯周ﾎﾟｹｯト排膿 3. 歯肉出血 4. 歯肉痛 ）  　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　 　　 　）  　　　　　　　　　その他症状　1. 口臭　2. 歯痛  　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　）  追記事項　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |