

# 糖尿病と歯周病連携専用 糖尿病病状問合せ照会状

## 歯 → 医（照会）

年 月 日

【照会先医療機関名： 】

担当医 科 先生御侍史

【照会元歯科医療機関名： 】

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 ）

歯科医師名： 印

所在地：

電話番号：

前略、いつもお世話になっております。

貴院にて、糖尿病、御加療中の下記の患者さんについて、当院にて、歯周病治療を（1. 行っております 2. 行う予定です）が、病状、投薬状況、歯科治療上留意が必要な事項等について、情報提供をお願い致します。

患者氏名： 性別 男 女

患者住所：

電話番号：

生年月日： 年 月 日生

当院傷病名 1. 歯周病 2. その他（ ）

歯周病の病状 1. 軽度 2. 中程度 3. 重度  
その他（ ）

口腔内の症状 歯肉症状  
（1. 歯肉腫脹 2. 歯周ポケット排膿 3. 歯肉出血 4. 歯肉痛）  
その他（ ）

その他症状 1. 口臭 2. 歯痛 3. その他（ ）

治療予定 1. 歯周基本治療 2. 歯周外科  
その他（ ）  
投薬、処方、麻酔等（ ）

診療情報を求める内容 糖尿病の状態（検査数値等）  
（ ）

追記事項（ ）