

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
ご紹介させていただきます。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

その他（ ）

追記事項 （ ）