

糖尿病と歯周病連携専用 歯周病病状報告書

歯 → 医（返信用）

年 月 日

【紹介先医療機関名： 】

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、この度は、患者 様を（ 1. 御紹介 2. 御照会 ）頂きまして、有難うございます。下記のように診断、治療を行なっていますのでご報告いたします。

患者氏名： 様 性別 男 女

患者住所：

電話番号：

生年月日： 年 月 日生

当院診断名 1. 歯周病 2. その他（ ）

歯周病の病状（ 年 月 日現在） 1. 軽度 2. 中程度 3. 重度

歯肉腫脹（ 1. ++ 2. + 3. +- 4. - ）

歯周ポケット（ave. mm）

排膿（ + - ） 歯肉出血（ + - ） 歯肉痛（ + - ）

その他（ ）

その他口腔内症状 1. 口臭（ 1. ++ 2. + 3. +- 4. - ）

2. 歯痛 3. カリエス

その他（ ）

治療内容（ ）

治療予定（ ）

その他（ ）