**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.　 　㎜）  　　　　　　　　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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　） |