**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　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　 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |