

岡山大学病院 糖尿病センター 行き (送信表不要)
* 令和6年5月31日(金)までにお願ひします。
FAX(086)235-7136

糖尿病医療連携 実績報告書(慢性合併症治療・歯周病用)

令和5年度

施設名:	
住所:	電話番号:
記載者(部署・職名)氏名	

※令和5年度の実数をご記入ください。

項目	実績(実件数)
地域医療連携について	
糖尿病に関する医科から歯科への紹介件数 [※]	有(件) ・ 無
糖尿病医療連携推進に関するご意見をお願いします。	

※糖尿病総合管理医療機関だけでなく、全ての医科医療機関からの紹介件数