

岡山県糖尿病連携 診療情報提供書 (歯科→医科)

令和 年 月 日

紹介先 医院・病院 先生御侍史

歯科医療機関名

住 所

T E L

歯科医師氏名

印

患者氏名	様 (男・女)	大・昭・平・令	年	月	日生	歳
住所	T E L					
紹介目的：						
病名 (診断結果) 歯周病の程度：重度・中等度・軽度・異常なし 歯周病以外の歯科疾患：						
既往歴及び家族歴						
歯周病等の経過、検査結果						
治療内容・経過 1. 歯石除去・ブラッシング指導等の初期治療 2. 観血処置 3. 定期的管理 4. その他 (歯周病以外の治療および今後の予定等)						
糖尿病の状態及び検査結果についてお知らせください。(要・不要)						
現在の処方						
備考						

※ この様式は、保険診療の診療情報連携共有料の算定に使用できます。