

診療情報提供書・診療情報連携共有書(医科→歯科)

令和 年 月 日

紹介先
住所
電話番号
FAX
氏名 先生御侍史

紹介元
住所
電話番号
FAX
氏名 印

患者氏名								
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
患者住所								
電話番号								
紹介目的								
傷病名	糖尿病（1型、2型、その他（ ））、妊娠糖尿病） 網膜症（有・無） 腎症（有・無） 神経障害（有・無） その他（ ）							
既往歴								
アレルギー								
家族歴								
症状経過 および 検査結果	※別添の検査結果の同封：有・無（有の場合、検査結果の記載は不要） 体重 Kg 血圧 / mmHG 糖質 血糖値 mg/dL （空腹時・随時・食後 分） HbA1c % 腎臓 eGFR mL/min/1.73 m ² 抗凝固薬使用時 PT-INR							
感染症	有（HBV・HCV・梅毒・HIV）・無・不明							
使用薬剤	※別添の処方内容(処方箋やお薬手帳のコピーなど)の同封：有・無（有の場合、処方の記載は不要） 糖尿病治療薬 内服薬の使用：有・無 注射薬の使用：有・無 抗凝固薬の使用：有・無 抗血栓薬の使用：有・無 骨呼吸抑制薬の使用：有・無 処方内容（ ） （ ）							
備考欄	※歯周病などの状態についてお知らせください。（要・不要）							