

# 診療情報連携共有に係る照会(糖尿病)

年 月 日

照会先医療機関名:

担 当 医 :

先生御侍史

照会元歯科医療機関名

歯 科 医 師 氏 名

印

所 在 地

電 話 番 号

貴院(科)にてご加療中の患者について、当院では次のような歯科治療を予定しております。患者の病状や貴院(科)での投薬の状況や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いたします。

患者氏名:	性 別: 男・女
患者住所:	電 話: - -
生年月日: 年 月 日生 ( 歳)	
当院傷病名	歯周病
口腔内の状況	残存歯の数: 本 口腔清掃状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 歯周病の程度: <input type="checkbox"/> 異常無し <input type="checkbox"/> 歯肉炎(ブラッシングで改善可能な程度) <input type="checkbox"/> 軽度歯周炎(歯面に付着した歯石除去が必要な程度) <input type="checkbox"/> 中等度歯周炎(浸潤麻酔下での歯石・不良肉芽除去が必要な程度) <input type="checkbox"/> 重度歯周炎(歯周外科処置・抜歯が必要な程度) 咀嚼能力: <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 良好 その他: {
治療予定	<input type="checkbox"/> 歯周病治療 <input type="checkbox"/> 歯石除去(無麻酔) <input type="checkbox"/> 歯石除去(浸潤麻酔下) <input type="checkbox"/> 歯周外科処置 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> その他 {
診療情報提供を求める内容	<input type="checkbox"/> 現在の病状 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 投薬状況 <input type="checkbox"/> その他(歯科治療上留意すべき事項など) {

|