

糖尿病医科歯科連携の流れ

(歯科➡医科：市民病院)

糖尿病医科歯科連携

歯科



①患者紹介



②診療情報照会(問い合わせ状)



診療内容報告

医科



歯科から医科(市民病院)の流れ ①患者紹介

歯科



医科の
受診歴なし



①患者紹介

医科



医科歯科連携 ①患者紹介

糖尿病チェックリスト(歯科) チェックリスト

医科の
受診歴なし

糖尿病に関する
チェックリスト
市民病院ホームページから
ダウンロードできます

糖尿病に関するチェックリスト

糖尿病と歯周病は互に関連しており、糖尿病の治療を行うことで歯周病が改善する可能性が示唆されています。

糖尿病について確認するために「40歳以上75歳未満」かつ「歯周病を有する」方にお配りしています。

下の質問にご回答下さい。

●お名前 ()
●ご質問
(1) 今まで健診や血液検査で血糖値が高いと言われたことはありますか <u>はい・いいえ</u>
(2) 糖尿病の受診や治療を中断していますか <u>はい・いいえ</u>
(3) 定期的に受診している病院やクリニックはありますか <u>はい(病院・クリニック名:)・いいえ</u>
(4) ご家族に糖尿病と言われたことがある方や糖尿病の薬を内服している方はいますか <u>はい・いいえ</u>
(5) 体重が多いと言われたことがありますか <u>はい・いいえ</u>

(1)か(2)が「はい」、(3)が「いいえ」の方は
医療機関の受診が必要です。

(4)か(5)が「はい」で健康診断を受診していない方は
健康診断を受診しましょう。

➡ ①患者紹介

医科歯科連携 ①患者紹介

歯科→医科

紹介状

医科の
受診歴なし

岡崎市民病院 医科歯科連携 受診依頼票

年 月 日

☐ 診察依頼
内分・糖尿病内科 科 (担当医 先生)

☐ 検査のみ依頼
検査項目 : ☐ 単純CT ・ ☐ 造影CT ・ ☐ 単純MRI ・ ☐ 造影MRI
☐ エコー ・ ☐ RI ・ ☐ 骨密度 ・ ☐ 神経伝導速度 ・ ☐ その他 ()

★予約希望日
☐ 希望あり (第3希望までお書きください)
第1希望 年 月 日 曜日
第2希望 年 月 日 曜日
第3希望 年 月 日 曜日
☐ 明日以降早い日を希望
☐ 受診日未定
☐ 本日希望

★Web予約 年 月 日 曜日 時 分

★救急車の使用 (☐ 有 ☐ 無)

★岡崎市民病院から詳細な診療状況を示す文書の提供を希望する。
→ ☐ 希望しない場合は左記に✓を入れてください。

*予約変更に関しては、当院と患者様とが直接調整させていただきますのでご了承ください。
尚、変更した場合は、紹介医へ変更日時等をご連絡させていただきます。

受診者	氏名		性別	生 年 月 日
			☐ 男 ☐ 女	☐ 大 ☐ 平 年 月 日
	(平)		☐ 昭 ☐ 令	
	住所			
TEL	自宅電話	携帯電話		

当院診療券番号 (ID) (当院の診療券をお持ちの場合はご記入ください)

算定状況 ☐ 在宅時医学総合管理科 ・ ☐ 在宅がん医療総合診療科 ・ ☐ 在宅療養指導管理科 ・ ☐ 特定施設入居等医療科

【主訴又は診断】
☐糖尿病病疑い ☐歯周病

【依頼目的】
平素よりお世話になり誠にありがとうございます。
患者様は糖尿病が疑われるため、精査についてよろしくお願い申し上げます。

糖尿病チェックリスト
* (1)か(2)のどちらかを選択して下さい
(1) ☐ 今まで血糖高値の指摘あるが治療なし (2) ☐ 糖尿病の受診中断・治療中断

口腔内状態
* (1)か(2)のどちらかを選択して下さい
(1) ☐ 糖尿病手帳を参照
(2) ☐ 下記を参照

歯周病 ☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
口腔清掃 ☐ 良 ☐ 普通 ☐ 不十分
現在本数 () 本 ☐ 咀嚼力に問題あり ☐ 義歯・ブリッジあり ☐ インプラントあり
☐ その他 ()

CD-R・フィルム・USB・印刷請求 有 ☐ 患者持参・☐ 集配・☐ なし 返却 ☐ 要・☐ 患者へ・☐ 不要
検査結果・その他 有 ☐ 患者持参・☐ 集配・☐ FAX・☐ なし 返却 ☐ 要・☐ 患者へ・☐ 不要

岡崎市民病院地域医療連携室 病診連携 (TEL:0564-66-7962 FAX:0564-25-6790)

①医科歯科連携受診依頼票
市民病院ホームページから
ダウンロードできます

歯科から医科(市民病院)の流れ ②診療情報照会

歯科



医科の
受診歴あり



②診療情報照会
(問い合わせ状)

医科



医科歯科連携 ②診療情報照会

糖尿病チェックリスト(歯科)

医科の
受診歴あり

糖尿病チェックリスト

市民病院ホームページから
ダウンロードできます

糖尿病に関するチェックリスト

糖尿病と歯周病は互に関連しており、糖尿病の治療を行うことで歯周病が改善する可能性が示唆されています。
糖尿病について確認するために「40歳以上75歳未満」かつ「歯周病を有する」方にお配りしています。
下の質問にご回答下さい。

●お名前 ()
●ご質問
(1)今まで健診や血液検査で血糖値が高いと言われたことはありますか はい いいえ
(2)糖尿病の受診や治療を中断していますか はい いいえ
(3)定期的に受診している病院やクリニックはありますか はい (病院・クリニック名:) ・ いいえ
(4)ご家族に糖尿病と言われたことがある方や糖尿病の薬を内服している方はいますか はい・ いいえ
(5)体重が多いと言われたことがありますか はい・ いいえ

(1)か(2)が「はい」、(3)が「いいえ」の方は
医療機関の受診が必要です。

(4)か(5)が「はい」で健康診断を受診していない方は
健康診断を受診しましょう。

②診療情報照会
(問い合わせ状)

糖尿病医科歯科連携 ②診療情報照会(問い合わせ状)

診療情報照会

医科の
受診歴あり

糖尿病医科歯科連携 診療情報提供書(問い合わせ状)

令和 年 月 日

紹介先 医療機関名 岡崎市民病院

担当医 科 先生

紹介医療機関 診療所住所

医療機関名
歯科医師名
TEL・FAX

下記の方について、お問い合わせいたします。
よろしく願い申し上げます。

☐ 患者様には診療情報提供の同意を得ています。

受診者	フリガナ	性別		生年月日
	氏名	男・女	☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令	年 月 日
	(〒)			
	住所			
TEL	自宅電話	携帯電話		
当院診療券番号		(当院の診療券をお持ちの場合はご記入ください)		
【診断名】				
#歯周病 #糖尿病 #その他()				
【照会内容】				
平素よりお世話になり誠にありがとうございます。 お忙しいところ恐れ入ります。 糖尿病の現状についてご教授いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。				
口腔内状態				
※(1)か(2)のどちらか選択してください。				
(1) ☐ 糖尿病手帳を参照				
(2) ☐ 下記を参照				
歯周病 ☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中程度 ☐ 重度				
口腔清掃 ☐ 良 ☐ 普通 ☐ 不十分				
現在歯数 ()本				
☐ 咀嚼力に問題あり ☐ 義歯・ブリッジあり ☐ インプラントあり				
その他:				

②診療情報照会
(問い合わせ状)

診療情報照会(問い合わせ状)には、個人情報提供の了承を得た旨をチェックして頂きます。

糖尿病医科歯科連携 診療情報提供書(問い合わせ状)

令和 年 月 日

紹介先
医療機関名 岡崎市民病院

担当医 科 先生

下配の方について、お問い合わせいたします。
よろしくお願い申し上げます。

☐ 患者様には診療情報提供の同意を得ています。

紹介医療機関
診療所住所

医療機関名
歯科医師名
TEL ・ FAX

受診者

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	☐ 大 ☐ 昭 年 月 日 ☐ 平 ☐ 令
住所	(〒)		
TEL	自宅電話	携帯電話	
当院診療券番号		(当院の診療券をお持ちの場合はご記入ください)	
【診断名】			
#歯周病 #糖尿病 #その他()			
【照会内容】			
平素よりお世話になり誠にありがとうございます。			