

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

下記の方について、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 ☐ 平 ☐ 令	年 月 日
	住所	(〒)				
TEL	自宅電話		携帯電話			
当院診察券番号				(当院の診察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：

