

【診療情報提供書】

平素より大変お世話になっております。

下記患者様について貴科的御高診・御加療のほど、よろしく願いたします。

患者氏名		電話番号	
患者住所		職業	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女

傷病名	<input type="checkbox"/> 1 型糖尿病(インスリン中止不可) <input type="checkbox"/> 2 型糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()
合併症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 腎症(腎症前期・早期腎症期・顕性腎症期・腎不全期・透析療法期) <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 網膜症(単純網膜症・前増殖網膜症・増殖網膜症) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介目的	<input type="checkbox"/> 歯科治療 <input type="checkbox"/> 歯周病検査 <input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> その他 ()
現病歴	<input type="checkbox"/> 別紙記載
既往歴 家族歴	<input type="checkbox"/> 別紙記載 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名:)
症状経過 及び 検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙記載 1. 罹病期間: 約 年 か月・不詳・ 歳頃発症 2. 血液検査結果 HbA1c % その他検査 3. その他特記事項:
現在の 処方	<input type="checkbox"/> 別紙記載 歯科治療上注意すべき薬剤 (ある場合はチェックをいれてください) 1. <input type="checkbox"/> 抗血小板薬・抗凝固薬 (<input type="checkbox"/> 中止不可 <input type="checkbox"/> 中止可) 2. <input type="checkbox"/> 低血糖をおこしやすい薬剤 3. <input type="checkbox"/> 降圧薬 4. <input type="checkbox"/> ビスフォスフォネート製剤 5. <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	歯科処置における注意点、今後の治療計画など 腎機能障害などから歯科で投与に注意すべき薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> その他:)