

糖尿病医療連携 実績報告書(慢性合併症治療・歯周病用)

H〇〇年度

施設名:

住所:

電話番号:

記載者(部署・職名)氏名

※平成〇〇度(平成〇〇年4月1日～平成〇〇年3月31日)の実数をご記入ください。

項目	実績(実件数)
地域医療連携について	
糖尿病に関する医科から歯科への紹介件数※	有(件) ・ 無
糖尿病医療連携推進に関するご意見をお願いします。	

※糖尿病総合管理医療機関だけでなく、全ての医科医療機関からの紹介件数