診療情報提供書・診療情報連携共有書（医科→歯科）

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介先 |  |  | 紹介元 |  |
| 住所 |  | 住所 |  |
| 電話番号 |  | 電話番号 |  |
| FAX |  | FAX |  |
| 氏名 | 先生御侍史 | 氏名 | 印 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 | | 年　　　　月　　　　日 | | | 年齢 | | 歳 | | | 性別 | | 男　・　女 | |
| 患者住所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 紹介目的 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | 糖尿病　（　1型　、　2型　、　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）　、　妊娠糖尿病　） | | | | | | | | | | | | | |
| 網膜症　（　有　・　無　） | | | 腎症　　（　有　・　無　） | | | | | 神経障害　（　有　・　無　） | | | | | |
| その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴 |  | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 症状経過  および  検査結果 |  | | | | | | | | | | | | | |
| ※別添の検査結果の同封：　有　・　無　（有の場合、検査結果の記載は不要） | | | | | | | | | | | | | |
| 体重 |  | | Kg |  | 血圧 | | |  | / | |  | | mmHG |
| 糖質 | 血糖値 | |  | mg/dL | | （　空腹時　・　随時　・　食後　　　　分） | | | | | | | |
|  | HbA1c | |  | ％ | | | | | | | | | |
| 腎臓 | eGFR | |  | mL/min/1.73㎡ | | | | | | | | | |
| 抗凝固薬使用時 | | | PT-INR |  | |  | | | | | | | |
| 感染症 | 有　（　HBV　・　HCV　・　梅毒　・　HIV　）　・　無　・　不明 | | | | | | | | | | | | | |
| 使用薬剤 | ※別添の処方内容（処方箋やお薬手帳のコピーなど）の同封：　有　・　無　（有の場合、処方の記載は不要） | | | | | | | | | | | | | |
| 糖尿病治療薬　　内服薬の使用：　有　・　無 | | | | | 注射薬の使用：　有　・　無 | | | | | | | | |
| 抗凝固薬の使用：　有　・　無 | | | | | 抗血栓薬の使用：　有　・　無 | | | | | | | | |
| 骨呼吸抑制薬の使用：　有　・　無 | | | | |  | | | | | | | | |
| 処方内容　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 備考欄 | ※歯周病などの状態についてお知らせください。（　要　・　不要　） | | | | | | | | | | | | | |