

診療情報提供書

平成 年 月 日

病院 歯科・口腔外科
 歯科医院・クリニック

担当医 先生 御机下

住所 〒

TEL - -

医院名 医師名 住所 〒 TEL FAX

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

紹介目的
 上記患者は当院で糖尿病の療養中です。問診および診察時において、
 (歯肉出血 歯肉腫脹 歯の動揺 歯・歯肉の疼痛 口臭 その他)
 を認めており、歯周疾患の罹患が疑われます。ご精査の上、ご加療頂きますよう宜しくお願い申し上げます。

傷病名・治療経過 糖尿病 (1型・2型・その他) 推定罹病期間 約 年 (昭・平 年 発症・発見) 当院初診日 年 月 日 治療方法 1. 未治療 2. 食事療法 3. 運動療法 4. 経口薬 5. インスリン注射 6. その他	合併症 腎症 (あり・なし・不明) 透析 (あり・なし・不明) 神経障害 (あり・なし・不明) 網膜症 (あり・なし・不明) 足病変 (あり・なし・不明) 虚血性心疾患 (あり・なし・不明) 脳卒中・脳梗塞 (あり・なし・不明) 高血圧 (あり・なし・不明)
---	---

検査所見 コントロール状態 (優・良・可・不可) <table border="1"> <tr> <td>日付</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>血糖 (mg/dl)</td> <td>(空腹・随時)</td> <td>(空腹・随時)</td> <td>(空腹・随時)</td> </tr> <tr> <td>HbA1c(NGSP) (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血圧 (mmHg)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	日付	/	/	/	血糖 (mg/dl)	(空腹・随時)	(空腹・随時)	(空腹・随時)	HbA1c(NGSP) (%)				血圧 (mmHg)				現在の処方 (書ききれない場合は処方の一覧表を添付) 経口薬・インスリン等 その他
日付	/	/	/														
血糖 (mg/dl)	(空腹・随時)	(空腹・随時)	(空腹・随時)														
HbA1c(NGSP) (%)																	
血圧 (mmHg)																	

その他 ブドウ糖の所持 (あり・なし) 血糖測定器の所持 (あり・なし)

〈参考〉血糖コントロールの指標と評価 ※NGSP (国際標準値)

指標	優	良	可		不可
			不十分	不良	
HbA1c (NGSP) (%)	6.2 未満	6.2 ~ 6.9 未満	6.9 ~ 7.4 未満	7.4 ~ 8.4 未満	8.4 以上
空腹時血糖値 (mg/dl)	80 ~ 110 未満	110 ~ 130 未満	130 ~ 160 未満		160 以上
食後2時間血糖値 (mg/dl)	80 ~ 140 未満	140 ~ 180 未満	180 ~ 220 未満		220 以上