（医科→歯科）

歯科紹介シート

令和　　　年　　　月　　　日

【紹介先（歯科）】

医療機関名

医師氏名

　　　【紹介元（医科）】

医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

電話番号

FAX番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | T・S・H　　　　年　　　月　　　日　 |
| 電話番号 |  |
| 傷病名 | 糖尿病 | HbA1c | 　　　　　　　　% |
| 紹介目的 | 糖尿病患者に対する歯科治療のため |
| 合併症・併存症 | 特記事項　□あり　□なし　　　（□別紙「糖尿病手帳」参照） |
| 現在の処方 | 特記事項　□あり　□なし　　　（□別紙「お薬手帳」参照） |
| 備考欄 |  |

注）□に「✔印」等チェックをお願いいたします。

患者情報については、基本的に糖尿病手帳に記載いただき、追加の特記・連絡事項等がある際には備考欄に記載願います。