

# 粕屋 糖尿病・歯周病 連携パス

【歯科→医科】

(医療機関名)

平成 年 月 日

御中

(医師名)

先生 御机下

住所)  
名称)  
代表者)

(患者名)

TEL・Fax)

様

〈性別〉

〈生年月日〉

〈年齢〉

男・女

大 昭 平 年 月 日生

歳

糖尿病  その他 ( )

上記患者に糖尿病を疑いました。  
ご高診、御加療のほど、よろしくお願い申し上げます。

.....
.....
.....
.....
.....

現在の投薬

#1

#2

#3

#4

その他:

健康診断・特定健診等受診履歴  なし  あり (最終検査年月 )

・アレルギー  なし  あり「あり」の場合 ( )

・ぜんそく  なし  あり