

横浜市糖尿病連携データ票

患者氏名： _____ 殿 () 歳

医療機関名 _____ 診察券番号 _____

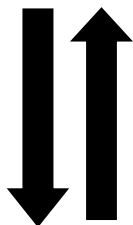
医科 ID (_____) 番

歯科 ID (_____) 番

医科医療機関名： (_____) (*2~3か月に1度の結果をご記入ください)

月日 検査	連携開始時 (/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
血圧(mmHg)						
空腹時血糖値						
食後血糖値	(h)	(h)	(h)	(h)	(h)	(h)
HbA1c(%)						

報告事項(/)



- ・治療方針変更 あり ()
- ・投薬内容変更 あり ()
- ・その他連絡事項 あり ()

歯科医療機関名： (_____)

初診時 : 残存歯数 () 本 齲蝕歯数 () 本

歯周病検査	初診時 (/)	基本治療終了時 (/)	() ヵ月後	() ヵ月後	() ヵ月後	() ヵ月後
歯周ポケット 深さ (mm)						
歯肉出血の 割合 (%)						
清掃 状態	良好・ 普通・不良	良好・ 普通・不良	良好・ 普通・不良	良好・ 普通・不良	良好・ 普通・不良	良好・ 普通・不良
改善度	良好・ 不変・悪化	良好・ 不変・悪化	良好・ 不変・悪化	良好・ 不変・悪化	良好・ 不変・悪化	良好・ 不変・悪化

報告事項(/)

- ・治療方針変更 あり ()
- ・口腔内状況変化 あり ()
- ・その他連絡事項 あり ()