

かかりつけ医等と糖尿病専門医との連携

1. かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準……………P1
2. 糖尿病専門医療機関リスト……………P2
3. 専門医紹介様式
 - 様式E 1 かかりつけ医から糖尿病専門医等への紹介……………P3
 - 様式E 2 糖尿病専門医等からかかりつけ医への返信・報告……………P4

かかりつけ医と循環器専門医の連携

1. 紹介様式
 - 保険者からかかりつけ医・専門医療機関等へ紹介・返信
 - 様式F 1 紹介（保険者→かかりつけ医）……………P5
 - 様式F 2 返信（かかりつけ医→保険者）……………P6
 - かかりつけ医等から循環器専門医・専門医療機関へ紹介・返信
 - 様式G 1 紹介（かかりつけ医→循環器専門医・専門医療機関）……………P7
 - 様式G 2 返信（循環器専門医・専門医療機関→かかりつけ医）……………P8

かかりつけ医や医療機関等と歯科医師の連携

1. 連携による紹介対象者例……………P9
2. 紹介様式
 - かかりつけ医等から歯科医師へ紹介・返信
 - 様式C 1 紹介（医科→歯科医）……………P10
 - 様式C 2 返信（歯科医→医科）……………P11
 - 歯科医師からかかりつけ医等へ紹介・返信
 - 様式D 1 紹介（歯科医→医科）……………P12
 - 様式D 2 返信（医科→歯科医）……………P13

かかりつけ医や医療機関等と薬剤師との連携

1. トレーシングレポート……………P14

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準（作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会） ～主に糖尿病治療ガイドより～

1. 血糖コントロール改善・治療調整

○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合（血糖コントロール目標（※1）が達成できない状態が3カ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい）。

○新たな治療の導入（血糖降下薬の選択など）に悩む場合。

○内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合（1型糖尿病等）。

○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。

○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。

○感染症が合併している場合。

※1. 血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

2. 教育入院

○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合（特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する）。

3. 慢性合併症

○慢性合併症（網膜症、腎症（※2）、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合。

○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。

※2. 腎機能低下やタンパク尿（アルブミン尿）がある場合は“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準”を参照のこと。

4. 急性合併症

○糖尿病ケトアシドーシスの場合（直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る）。

○ケトン体陰性でも高血糖（300mg/dl以上）で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合（高血糖高浸透圧症候群の可能性があるため速やかに紹介することが望ましい）。

5. 手術

○待機手術の場合（患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる）。

○緊急手術の場合（手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる）。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

福島市生活習慣病重症化予防プログラム 糖尿病専門医療機関 リスト

糖尿病地域連携協力医

R6.3月末現在

	施設・診療科	担当医	所在地	連絡先	
				TEL	FAX
1	池田医院	池田 和也	飯坂町字若葉町 5-1	542-4084	542-4084
2	石井外科皮フ科	石井 彌	上町 4-34	522-4987	572-6987
3	おおひら内科クリニック	大平俊一郎	森合字台 15-1	534-6336	534-6336
4	奥野胃腸科内科医院	奥野よしえ	瀬上町字寺前 7	553-2658	553-2254
5	きくち医院	菊池琉美子	太平寺字児子塚 36	546-2222	546-2215
6	佐藤医院	佐藤 幹夫	陣場町 1-8	522-2489	522-2498
7	さとう内科医院	佐藤 武寿	豊田町 4-12	523-4511	523-4511
8	しぎはらクリニック	嶋原 晃	八島田字勝口 37	555-3331	555-3332
9	須川診療所（内科）	廣川 健	野田町一丁目 12-72	531-6311	531-6386
10	手塚クリニック	手塚 徹	御山字清水尻 51	535-0550	535-5550
11	とやのクリニック	山本喜代志	鳥谷野字宮畑 64-1	544-1122	544-1919
12	野田循環器・消化器内科外科クリニック	野田真由美	北矢野目字原田 59-5	559-1133	559-1132
13	福島県農協会館診療所	重富 秀一	飯坂町平野字三枚長 1-1	554-3488	554-3488
14	福島セントラルクリニック（腎臓内科）	林 義満	早稲町 8-22	522-7701	522-7717
15	本間内科（内科）	本間 一男	笹木野字小針尻 20-5	536-0063	536-2717
16	みずの内科クリニック（内科）	水野 兼志	新町 8-4 ブレスビル 1F	526-4855	526-4870

専門医療機関

	施設・診療科	担当医	所在地	連絡先	
				TEL	FAX
1	うめつ LS 内科クリニック	梅津 啓孝	松浪町 2-31	536-5225	536-5228
2	くどう内科・糖尿病クリニック	工藤 明宏	大森館ノ内 74-1	563-1061	563-1062
3	たに内科・糖尿病内科クリニック	谷 牧夫	天神町 1-2	572-5736	572-5738
4	待井内科糖尿病内科クリニック	待井 典剛	南中央 1 丁目 70 番地	533-5578	533-5660
5	むらおか内科・糖尿病内科・耳鼻咽喉科クリニック	村岡 亮	松川町天王原 89	567-2244	567-3577
6	済生会福島総合病院 （内科【糖尿病・内分泌科】）	仲野 淳子	大森字下原田 25 番地	544-5171	539-7726
7	大原総合病院（糖尿病内科）	大泉 俊英	上町 6-1	526-0300	526-0342
8	福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科学講座（※2）	初診時は内科新患 （担当医）	光が丘 1	547-1047	547-1075
9	福島西部病院 （糖尿病科・内分泌代謝内科）	菅谷 芳幸	東中央 3 丁目 15 番地	533-2121	533-2123
10	福島赤十字病院（糖尿病代謝内科）	佐藤 義憲	八島町 7-7	534-6101	531-1721

※1 診察曜日、受付時間は各医療機関にご確認ください。

※2 医大病院紹介の際は事前診察予約をお願いします。

受付：月～金 9：00 - 11：30

福島県立医科大学附属病院ホームページ：<http://www.fmu.ac.jp/byoin/02renkei/page02.html>

（地域連携事業の主な事業内容）をご参照ください。

- 事前診察予約受付（上記 TEL または FAX）を介して予約できます。
- 付録の事前診察申込書（FAX 用）をコピーしてご利用ください。

医療機関名 ()

先生 御侍史

糖尿病連携 連絡票 (紹介)

下記の方は、専門医・専門医療機関との連携が必要と判断しました。
ご高診をよろしくお願いいたします。

ご紹介日： 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	把握経路	<input type="checkbox"/> 健診・ <input type="checkbox"/> 診療
生年月日	歳	健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 他 ()	
診断(疑いも可)				
検査結果	実施日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 別紙添付(下記省略)			
	検査項目	結果		
	HbA1c	%		
	血糖値	mg/dl	<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時(食後 時間)	
	血清クレアチニン	mg/dl	⇒ eGFR	ml/min/1.73m ²
	尿蛋白	g/gCr	または <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~	
	尿アルブミン	mg/gCr		
	尿潜血	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし	または <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~	
糖尿病性網膜症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし			
その他				
併存症 ・ 特記事項 (分かる範囲でチェック)	・高血圧症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) ・脂質異常症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) ・高尿酸血症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) ・肥満 (BMI ≥ 25) (<input type="checkbox"/> 有) ・特記事項・その他 ()			
依頼事項	<input type="checkbox"/> 病態精査・方針決定 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 食事指導 () <input type="checkbox"/> 生活指導 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
今後の診療方針	<input type="checkbox"/> 専門医療機関の判断に一任 <input type="checkbox"/> 可能な限り当院で診療 <input type="checkbox"/> 専門医療機関での診療を希望			
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 別添あり <input type="checkbox"/> 別添なし			
コメント ・ 連絡事項				

医療機関名
(連絡先)
医師氏名

医療機関名 ()

先生 御侍史

糖尿病連携 連絡票 (返信・報告)

下記の方のご紹介をいただき、ありがとうございました。
受診しました結果を報告します。

返信・報告日： 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	ID カルテ番号	
生年月日	歳	糖尿病連携	<input type="checkbox"/> 初診	<input type="checkbox"/> 再診
診断名	糖尿病性腎症病期分類 <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期 <input type="checkbox"/> 第3期 <input type="checkbox"/> 第4期 <input type="checkbox"/> 第5期 CKD重症度分類 G (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) A (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3)			
検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙添付			
今後の 治療方針	<input type="checkbox"/> 当院で (<input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> 精査) します <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医 (貴院) の併診 (月 日 毎を目途。 次回再診) <input type="checkbox"/> かかりつけ医 (貴院) でフォローアップをお願いします <input type="checkbox"/> さらなる精査・加療のため他の医療機関に紹介します (紹介先 <input type="checkbox"/> 福島医大 <input type="checkbox"/> 大原総合病院 <input type="checkbox"/> その他 ())			
現時点で 必要と思 われる 事項	<input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 追加 () <input type="checkbox"/> 減量 () <input type="checkbox"/> 中止 () <input type="checkbox"/> 食事指導 (<input type="checkbox"/> 減塩 ___ g <input type="checkbox"/> カロリー制限 ___ cal <input type="checkbox"/> 蛋白制限 ___ g <input type="checkbox"/> K制限 <input type="checkbox"/> P制限) <input type="checkbox"/> 生活指導 (<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 運動 () <input type="checkbox"/> 家庭血圧測定) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし			
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 別添あり <input type="checkbox"/> 別添なし			

医療機関名
(連絡先)
医師氏名

主治医様

福島市健康づくり推進課

福島市生活習慣病重症化予防連携
循環器連携（心電図精密検査のお願い）紹介

本市国保保健事業につきましては、平素格別のご指導ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、過日実施しました福島市国保特定健康診査において、下記のとおり心電図所見がありましたので、ご紹介いたします。ご高診をよろしくお願いたします。

ご多忙のところ、大変お手数をおかけいたしますが、今後の受療状況につきまして、別紙返書にご記入いただき、同封の返信用封筒にて郵送をお願いいたします。

令和 年 月 日

氏名	様	性別	国保番号	島1
生年月日		電話番号		
住 所				
健診年月日				
心電図所見				
自覚症状				
既往歴				
家族歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 父・母・兄弟姉妹・子どもにおける <input type="checkbox"/> 若年発症（男性55歳未満、女性65歳未満）の狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 突然倒れた・突然亡くなった（原因不明）			
その他の情報				
添付資料	・特定健康診査結果表			

【問い合わせ、連絡先】

福島市 健康づくり推進課 検診予防係

電話 024-525-7680（直通）

FAX 024-525-5701

担当者名

福島市 健康づくり推進課 担当者行

福島市生活習慣病重症化予防連携

返信（循環器連携）

受診者氏名 _____ 様

受診日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果	<input type="checkbox"/> 安静心電図（結果 _____ ） <input type="checkbox"/> 負荷心電図（結果 _____ ） <input type="checkbox"/> ホルター心電図（結果 _____ ） <input type="checkbox"/> 心エコー（結果 _____ ） <input type="checkbox"/> その他 _____
併存症	<input type="checkbox"/> 高血圧症（加療中 ・ 未治療） <input type="checkbox"/> 糖尿病（加療中 ・ 未治療） <input type="checkbox"/> 脂質異常症（加療中 ・ 未治療） <input type="checkbox"/> 高尿酸血症（加療中 ・ 未治療） <input type="checkbox"/> 肥満(BMI≥25) <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
診断（暫定、疑いでも可）	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 異常なし
方針	<input type="checkbox"/> 次年度健診 <input type="checkbox"/> 新たにかかりつけ医（当院）で経過観察（ <input type="checkbox"/> 食事・生活指導、 <input type="checkbox"/> 薬物療法） <input type="checkbox"/> 現在の加療を継続 <input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関に紹介（紹介先 _____ ）
栄養相談の希望 （有の場合、担当者より、ご本人に連絡いたします）	<input type="checkbox"/> 希望有⇒【医師指示】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 特に無し（CKDまたは併存症に対する標準的な値での指導で可） <input type="checkbox"/> <指示> <input type="checkbox"/> カロリー _____ kcal/日 <input type="checkbox"/> 塩分 _____ g/日 <input type="checkbox"/> その他・要望（ _____ ）

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____

※お手数ですが添付の封筒にて郵送をお願いします。

医療機関名 ()

先生 御侍史

福島市生活習慣病重症化予防連携

循環器連携 連絡票 (紹介)

下記の方は、専門医・専門医療機関との連携が必要と判断しました。
ご高診をよろしくお願いいたします。

ご紹介日：令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	把握経路	<input type="checkbox"/> 健診・ <input type="checkbox"/> 診療
生年月日	歳	健康保険	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 他 ()
診断(疑いも可)				
検査結果 (実施した 場合)	実施日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 下記省略(貴院での所定様式添付でもかまいません)			
	検査項目	結果		
	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン			
	<input type="checkbox"/> 安静心電図			
	<input type="checkbox"/> 負荷心電図			
	<input type="checkbox"/> ホルター心電図			
	<input type="checkbox"/> 心エコー			
<input type="checkbox"/> 血液検査	BNP ()pg/ml	目安：本文参照		
	NT-proBNP ()pg/ml	目安：本文参照		
	eGFR ()ml/min/1.73m ²			
その他				
併存症 ・ 特記事項 (分かる範囲 でチェック)	・高血圧症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療)			
	・糖尿病 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療)			
	・脂質異常症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療)			
	・高尿酸血症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療)			
	・肥満 (BMI ≥ 25) (<input type="checkbox"/> 有)			
	・特記事項・その他 ()			
依頼事項	<input type="checkbox"/> 病態精査・方針決定 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 食事指導 () <input type="checkbox"/> 生活指導 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
今後の 診療方針	<input type="checkbox"/> 専門医療機関の判断に一任 <input type="checkbox"/> 可能な限り当院で診療 <input type="checkbox"/> 専門医療機関での診療を希望			
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 別添あり <input type="checkbox"/> 別添なし			
コメント ・ 連絡事項				

医療機関名

(連絡先)

医師氏名

医療機関名 ()

先生 御侍史

福島市生活習慣病重症化予防連携

循環器連携 連絡票 (返信・報告)

下記の方のご紹介をいただき、ありがとうございました。
受診しました結果を報告します。

返信・報告日： 令和 年 月 日

ふりがな 氏名様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	ID カルテ番号	
生年月日歳	循環器連携	<input type="checkbox"/> 初診	<input type="checkbox"/> 再診
診断名				
検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙添付			
今後の治療方針	<input type="checkbox"/> 当院で (<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 精査) します <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医 (貴院) の併診 (.....カ月毎を目途。次回再診) <input type="checkbox"/> かかりつけ医 (貴院) でフォローアップをお願いします <input type="checkbox"/> さらなる精査・加療のため他の医療機関に紹介します <input type="checkbox"/> 糖尿病専門医への紹介 <input type="checkbox"/> 腎臓専門医への紹介 (紹介先)			
現時点で必要と思われる事項	<input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 追加 (.....) <input type="checkbox"/> 減量 (.....) <input type="checkbox"/> 中止 (.....) <input type="checkbox"/> 食事指導 (<input type="checkbox"/> 塩分 g/日 <input type="checkbox"/> カロリー- kcal/日) <input type="checkbox"/> 生活指導 (<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 家庭血圧測定) <input type="checkbox"/> 体重管理 (<input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 浮腫による体重増加が2kg以上の時は受診) <input type="checkbox"/> その他 (.....) <input type="checkbox"/> 特になし			
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 別添あり <input type="checkbox"/> 別添なし			

医療機関名
(連絡先)
医師氏名

かかりつけ医や医療機関等と歯科医師の連携

1. 連携による紹介者対象者例

【例】

- ア 動脈硬化性疾患に歯周病を合併した場合
- イ 口腔内衛生管理
- ウ 観血的治療の実施前後の指示
- エ 抗生物質、NSAIDs の使用
- オ 抗凝固薬使用
- カ カルシウム拮抗薬使用
- キ 透析中
- ク 肝炎による感染の可能性、肝障害の程度
- ケ 妊娠中
- コ 糖尿病
- サ ステロイド使用中
- シ 脳血管疾患患者

(紹介先：歯科医療機関名) 様

福島市生活習慣病重症化予防連携

情報提供書 (紹介)

福島市生活習慣病重症化予防プログラムに基づき、下記のとおりご紹介します。
ご高診をよろしくお願いいたします。

紹介日：令和 年 月 日

カナ氏名		性別	男 ・ 女	
氏名	様	電話番号		
住所	福島市			
生年月日	T S H	年	月	日
		年齢	歳	
紹介目的				
口腔情報	<input type="checkbox"/> かめない <input type="checkbox"/> 飲み込めない (むせり) <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 粘つき <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 化膿 <input type="checkbox"/> 歯肉出血 <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 歯のぐらつき <input type="checkbox"/> その他 ()			
疾患名等	<input type="checkbox"/> 妊娠 (週) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 (<input type="checkbox"/> 休薬可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 (<input type="checkbox"/> 休薬可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 抗血栓薬 (<input type="checkbox"/> 休薬可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> ステロイド薬使用			
検査等	B型肝炎 (有・無・不明) C型肝炎 (有・無・不明) その他 ()			
処方薬 検査結果 など	<input type="checkbox"/> 別紙添付 <input type="checkbox"/> お薬手帳の持参 <input type="checkbox"/> 糖尿病連携手帳の持参 (または、HbA1c 等検査結果の推移)			

【紹介元医療機関】 〒

福島市

医療機関名

担当医師

電話

F A X

(紹介元医療機関名) 様

福島市生活習慣病重症化予防連携

情報提供書(返信・報告)

福島市生活習慣病重症化予防プログラムに基づき、ご紹介のありました方について返信します。

返信日：令和 年 月 日

カナ氏名		性別	男 ・ 女	
氏名	様	電話番号		
住所	福島市			
生年月日	T S H	年	月	日
		年齢	歳	
依頼事項				
依頼時 口腔情報	<input type="checkbox"/> かめない <input type="checkbox"/> 飲み込めない(むせり) <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 粘つき <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 化膿 <input type="checkbox"/> 歯肉出血 <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 歯のぐらつき <input type="checkbox"/> その他()			
結果	歯科治療経過 <input type="checkbox"/> 別紙添付 歯周疾患(治療有の場合) <input type="checkbox"/> 歯周病の状況は、改善しています <input type="checkbox"/> // 現状を維持しています <input type="checkbox"/> // 悪化しています その他 <input type="checkbox"/> 糖尿病連携手帳の記載参照			

【歯科医療機関】 〒

福島市

医療機関名

担当医師

電話

F A X

(紹介先医療機関名) 様

福島市生活習慣病重症化予防連携

情報提供書 (紹介)

福島市生活習慣病重症化予防プログラムに基づき、下記のとおりご紹介いたします。
ご高診をよろしくお願いいたします。

紹介日：令和 年 月 日

カナ氏名			性別	男 ・ 女	
氏名	様		電話番号		
住所	福島市				
生年月日	T	S	H	年	月 日
				年齢	歳
紹介目的	<input type="checkbox"/> 観血的治療のため () <input type="checkbox"/> 抗生物質の使用の可否と使用する薬剤について <input type="checkbox"/> NSAIDs の使用の可否と使用する薬剤について <input type="checkbox"/> C型肝炎、B型肝炎の活動性の程度 <input type="checkbox"/> 歯周病難治のため、情報提供依頼 または 精査依頼 <input type="checkbox"/> 使用薬剤について <input type="checkbox"/> その他 ()				
口腔情報	<input type="checkbox"/> かめない <input type="checkbox"/> 飲み込めない (むせり) <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 粘つき <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 化膿 <input type="checkbox"/> 歯肉出血 <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 歯のぐらつき <input type="checkbox"/> その他 ()				
その他の情報 検査結果 など	<input type="checkbox"/> 別紙添付				

【紹介元歯科医療機関】 〒

福島市
医療機関名
担当医師
電話

F A X

(紹介元歯科医療機関名) 様

福島市生活習慣病重症化予防連携

情報提供書 (返信・報告)

福島市生活習慣病重症化予防プログラムに基づき、ご紹介のありました方について返信します。

返信日：令和 年 月 日

カナ氏名		性別	男 ・ 女	
氏名	様	電話番号		
住所	福島市			
生年月日	T S H	年	月	日
		年齢	歳	
依頼事項	<input type="checkbox"/> 観血的治療のため () <input type="checkbox"/> 抗生物質の使用の可否と使用する薬剤について <input type="checkbox"/> NSAIDs の使用の可否と使用する薬剤について <input type="checkbox"/> C型肝炎、B型肝炎の活動性の程度 <input type="checkbox"/> 歯周病治療のため、情報提供依頼 または 精査依頼 <input type="checkbox"/> 使用薬剤について <input type="checkbox"/> その他 ()			
結果	<input type="checkbox"/> 別紙添付			
処方薬 検査結果 など	<input type="checkbox"/> 別紙添付 <input type="checkbox"/> お薬手帳持参 <input type="checkbox"/> 糖尿病連携手帳持参			

【医療機関】

〒

福島市

医療機関名

担当医師

電話

F A X

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

年 月 日

先生 御机下

薬局名 ○○○○薬局
 薬剤師氏名 ○○○○
 住 所 〒○○ 福島市○○
 電話番号 ○
 FAX番号 ○

患者氏名		患者ID		性別	男・女
生年月日		処方箋発行日			

[添付資料] 無 有 () 枚

参考文献・資料・処方箋・お薬手帳・その他 ()

患者は処方医への報告を同意しています。

患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告いたします。

- 【内容】 処方薬の情報 処方薬剤の服薬状況（アドヒアランス）及びそれに対する指導に関する情報
 併用薬剤等（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報
 患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報
 症状等に関する家族、介護者等からの情報 薬剤に関する提案
 薬剤師からみた本情報提供の必要性 その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）

【所見】 以下の通り、報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

◎ 返信欄 (必要に応じてご利用ください)

[返信希望] 早急に 次回受診まで 不要 その他 ()

一般社団法人 福島薬剤師会