

図6 当クリニックにおける歯周病・糖尿病連携チェックリスト

内科 カルテNO _____ 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 → 歯科 カルテNO _____ 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

歯周病・糖尿病 連携表

氏名 _____ 様 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(歳)

歯周病 リスクチェック

1	歯ぐきから出血したり、歯茎が腫れている	はい・いいえ
2	歯がグラグラしていて硬いものが食べにくい	はい・いいえ
3	若いころに比べて歯が伸びたように感じる	はい・いいえ
4	よく噛んで食べている	はい・いいえ
5	歯科医に歯周病と言われたことがある	はい・いいえ

【内科医師記入欄】

唾液潜血: ++ 以上, +, ±, - 血糖値(随時・空腹時): _____ mg/dl

ペリオスクリーン: +, ±, - HbA1c: _____ %

糖尿病治療ステージ: ☐ 初診 ☐ 治療中 ☐ 管理中

診断: ☐ 糖尿病 (1型・2型・妊娠) ☐ 境界型糖尿病 ☐ メタボリックシンドローム

【歯科医師記入欄】

歯周病治療ステージ: ☐ 初診 ☐ 治療中 ☐ 管理中

診断: ☐ 歯肉炎 ☐ 歯周病 (軽度・中等度・重度・妊娠性)

医療法人社団LSM 寺本内科・歯科クリニック

内科		歯科	
----	--	----	--

歯科 カルテNO _____ 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 → 内科 カルテNO _____ 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

歯周病・糖尿病 連携表

氏名 _____ 様 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(歳)

糖尿病 リスクチェック

1	糖尿病あるいは糖尿病疑い(境界型糖尿病)と言われたことがある ヘモグロビンエーワンシー	はい・いいえ
	『はい』と答えた方 ⇒ 血糖値: _____ mg/dl, HbA1c: _____ %	
2	二親等以内のご家族に糖尿病の方がいる	はい・いいえ
	『はい』と答えた方 ⇒ 父親・母親・兄弟・姉妹・子供・孫	
3	高血圧と言われたことがある	はい・いいえ
	『はい』と答えた方 ⇒ 血圧値(最高 _____ / 最低 _____)mmHg	
4	肥満と言われたことがある	はい・いいえ
	『はい』と答えた方 ⇒ 体重 _____ kg, 身長 _____ cm	
5	脂質異常(高脂血症)と言われたことがある	はい・いいえ
6	その他過去に検査結果について指摘されたことがあればご記入下さい (_____)	

【内科医師記入欄】

唾液潜血: ++ 以上, +, ±, - 血糖値(随時・空腹時): _____ mg/dl

ペリオスクリーン: +, ±, - HbA1c: _____ %

糖尿病治療ステージ: ☐ 初診 ☐ 治療中 ☐ 管理中

診断: ☐ 糖尿病 (1型・2型・妊娠) ☐ 境界型糖尿病 ☐ メタボリックシンドローム

【歯科医師記入欄】

歯周病治療ステージ: ☐ 初診 ☐ 治療中 ☐ 管理中

診断: ☐ 歯肉炎 ☐ 歯周病 (軽度・中等度・重度・妊娠性)

医療法人社団LSM 寺本内科・歯科クリニック

内科		歯科	
----	--	----	--

参考)千葉県保険医協会:糖尿病・歯周病医科歯科連携手帳