

【注文票】「糖尿病・歯周病 医科歯科連携手帳」

FAX 送付先:043-245-1777

ご希望部数を無料でお送りいたします。

下記の注文書に希望部数と必要事項をご記入のうえ、千葉県保険医協会までFAX(043-245-1777)にてご注文ください。

糖尿病・歯周病医科歯科連携手帳		歯周病・糖尿病医科歯科連携手帳																											
氏名 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 才 _____		氏名 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 才 _____																											
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日																											
医科 → 歯科		歯科 → 医科																											
かかりつけ医施設: _____ 担当医: _____		かかりつけ医施設: _____ 担当医: _____																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>糖尿病リスクチェック</th> <th>実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 食が食べず(食前や食後)したり、眠れているですか?</td> <td>はい: 1点 いいえ: 0点</td> </tr> <tr> <td>② 歯がグラグラして痛いものが食べにくいですか?</td> <td>はい: 1点 いいえ: 0点</td> </tr> <tr> <td>③ 新しいところに出歩量が前ほど減りましたか?</td> <td>はい: 1点 いいえ: 0点</td> </tr> <tr> <td>④ よく眠れていますか?</td> <td>はい: 1点 いいえ: 0点</td> </tr> <tr> <td>⑤ 歯科医に歯周病だと告げられたことがありますか?</td> <td>はい: 1点 いいえ: 0点</td> </tr> </tbody> </table>		糖尿病リスクチェック	実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	① 食が食べず(食前や食後)したり、眠れているですか?	はい: 1点 いいえ: 0点	② 歯がグラグラして痛いものが食べにくいですか?	はい: 1点 いいえ: 0点	③ 新しいところに出歩量が前ほど減りましたか?	はい: 1点 いいえ: 0点	④ よく眠れていますか?	はい: 1点 いいえ: 0点	⑤ 歯科医に歯周病だと告げられたことがありますか?	はい: 1点 いいえ: 0点	<table border="1"> <thead> <tr> <th>糖尿病リスクチェック</th> <th>実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1. 糖尿病あるいは、糖尿病の疑い(血糖値検査)とわかることはありますか? (はい/いいえ)</td> <td>はい: 1点 いいえ: 0点</td> </tr> <tr> <td>Q2. 糖尿病薬 (mg/dl、HbA1c)を服用していますか? (はい/いいえ)</td> <td>はい: 1点 いいえ: 0点</td> </tr> <tr> <td>Q3. 糖尿病の診断は医師からなされたことがありますか? (はい/いいえ)</td> <td>はい: 1点 いいえ: 0点</td> </tr> <tr> <td>Q4. 肥満とわかったことがありますか? (はい/いいえ)</td> <td>はい: 1点 いいえ: 0点</td> </tr> <tr> <td>Q5. 糖尿病 (糖尿病) とわかったことがありますか? (はい/いいえ)</td> <td>はい: 1点 いいえ: 0点</td> </tr> <tr> <td>Q6. その他糖尿病検査についてお知らせされたことがありますか? (はい/いいえ)</td> <td>はい: 1点 いいえ: 0点</td> </tr> </tbody> </table>		糖尿病リスクチェック	実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	Q1. 糖尿病あるいは、糖尿病の疑い(血糖値検査)とわかることはありますか? (はい/いいえ)	はい: 1点 いいえ: 0点	Q2. 糖尿病薬 (mg/dl、HbA1c)を服用していますか? (はい/いいえ)	はい: 1点 いいえ: 0点	Q3. 糖尿病の診断は医師からなされたことがありますか? (はい/いいえ)	はい: 1点 いいえ: 0点	Q4. 肥満とわかったことがありますか? (はい/いいえ)	はい: 1点 いいえ: 0点	Q5. 糖尿病 (糖尿病) とわかったことがありますか? (はい/いいえ)	はい: 1点 いいえ: 0点	Q6. その他糖尿病検査についてお知らせされたことがありますか? (はい/いいえ)	はい: 1点 いいえ: 0点
糖尿病リスクチェック	実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日																												
① 食が食べず(食前や食後)したり、眠れているですか?	はい: 1点 いいえ: 0点																												
② 歯がグラグラして痛いものが食べにくいですか?	はい: 1点 いいえ: 0点																												
③ 新しいところに出歩量が前ほど減りましたか?	はい: 1点 いいえ: 0点																												
④ よく眠れていますか?	はい: 1点 いいえ: 0点																												
⑤ 歯科医に歯周病だと告げられたことがありますか?	はい: 1点 いいえ: 0点																												
糖尿病リスクチェック	実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日																												
Q1. 糖尿病あるいは、糖尿病の疑い(血糖値検査)とわかることはありますか? (はい/いいえ)	はい: 1点 いいえ: 0点																												
Q2. 糖尿病薬 (mg/dl、HbA1c)を服用していますか? (はい/いいえ)	はい: 1点 いいえ: 0点																												
Q3. 糖尿病の診断は医師からなされたことがありますか? (はい/いいえ)	はい: 1点 いいえ: 0点																												
Q4. 肥満とわかったことがありますか? (はい/いいえ)	はい: 1点 いいえ: 0点																												
Q5. 糖尿病 (糖尿病) とわかったことがありますか? (はい/いいえ)	はい: 1点 いいえ: 0点																												
Q6. その他糖尿病検査についてお知らせされたことがありますか? (はい/いいえ)	はい: 1点 いいえ: 0点																												
<small>①～⑤のうち1の項目が該当する以上該当する。また糖尿病と診断された場合は、医師の指示による血糖値測定やモニタリングによるリスク評価を行います。医師の指示による血糖値測定やモニタリングが実施された場合は、検査結果や血糖値の推移も記載します。また、①～⑤のうち1の項目が該当する以上の場合は該当項目も記載してください。</small>		<small>糖尿病薬の種類、用量、服用頻度 () 糖尿病薬の種類、用量、服用頻度 ()</small>																											
<small>医科施設: <input type="checkbox"/> 糖尿病科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 内分泌科 <input type="checkbox"/> 糖尿病科</small>		<small>歯科施設: <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯周病科 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度・重度</small>																											
<small>記入で変更可能な項目は赤字で表示していただきます。</small>		<small>記入で変更可能な項目は赤字で表示していただきます。</small>																											
<small>全国保険医団体連合会 (千葉県保険医協会寄附)</small>		<small>全国保険医団体連合会 (千葉県保険医協会寄附)</small>																											

注文部数: 部

医療機関名		ご担当者名	
送付先住所			
電話番号		FAX 番号	

★以下、アンケートにご協力をお願いします。

Q1.この連携手帳はどこでお知りになりましたか?

- 協会ホームページ 月刊保団連 全国保険医新聞
 医科歯科連携の講演会を聞いて 近隣の先生から
 その他 (_____)

Q2.活用してみたい理由をお聞かせください。

【問合せ先】千葉県保険医協会 (電話:043-248-1617/FAX:043-245-1777)