

令和 8 年 6 月 29 日

医療機関院長 各位

(一社) 盛岡市医師会 会長 橋本 真生

盛岡市歯科医師会との「糖尿病評価連携シート」の運用に関するご協力のお願い

平素より本会事業にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

この度、盛岡市歯科医師会より、糖尿病患者の医科歯科連携推進を目的とした「糖尿病評価連携シート」の運用に関する協力依頼が裏面のとおりございました。

つきましては、会員の皆様におかれましても、下記のとおり本運用の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 歯科医療機関からの情報提供・照会について

歯科医療機関から、糖尿病患者に関する情報共有や照会が行われる場合、以下のいずれかの様式が送付されます。

- 1) 様式 1：医科（当方）からの事前の照会がなかった場合
- 2) 様式 2：医科（当方）からの事前の照会があった場合

2. 医療機関（医科）でのご対応のお願い

歯科医療機関から上記の「様式 1」または「様式 2」による依頼・照会が届いた場合は、「医科⇒歯科 診療情報提供書（紹介状）」にご記入のうえ、依頼元の歯科医療機関へご返信くださいますようお願いいたします。※作成いただいた連携シートは、通常の「診療情報提供書」としてお取り扱い（算定）いただけます。

3. 診療情報提供書のフォーマットについて

当会で使用する「医科⇒歯科 診療情報提供書（紹介状）」につきましては、医療機関が入力できるよう、PDF 化して入力可能な形式で盛岡市医師会ホームページ上に公表しております。
※トップページ▶医師会員向け情報（右上）▶糖尿病対策▶「医科⇒歯科 診療情報提供書（紹介状）」PDF 版をご利用ください。

以上、お手数をおかけいたしますが、医科歯科連携の推進による患者さんの適切な管理のため、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

【お問合せ先】

(一社) 盛岡市医師会 担当：佐藤

盛岡市愛宕町 18-6 TEL / 625-5311 E-mail / sato@morioka-med.or.jp

写

一般社盛歯発第 68 号

令和 8 年 6 月 1 0 日

一般社団法人 盛岡市医師会

会 長 橋 本 真 生 様

(一社) 盛岡市歯科医師会 会長 村上 克利

糖尿病患者における医科歯科連携（糖尿病評価連携シート）の運用協力をお願い

平素は本会事業ならびに地域医療の向上に多大なるご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度当会では、糖尿病患者のより適切な管理と重症化予防を目的として、医科・歯科間の情報共有を円滑に行うための「糖尿病評価連携シート」の運用を開始することとなりました。

つきましては、貴会会員の先生方におかれましても、本シートの運用に何卒ご協力を賜りますようお願い申し上げます。運用の詳細につきましては、下記および別紙フロー図をご参照ください。

記

【運用方法について】

歯科医療機関からの情報提供・照会 歯科から医科へ情報共有を依頼する際、医科からの事前の照会の有無によって、以下の 2 つの様式のいずれかを使用して情報提供および照会を行います。

様式 1：医科からの照会がない場合に使用

様式 2：医科からの照会がある場合に使用

医科医療機関でのご対応のお願い 貴会の医療機関にて上記の「様式 1」または「様式 2」を受領されましたら、「医科⇒歯科 診療情報提供書（紹介状）」に必要事項（現在の処方、HbA1c などの検査結果、抜歯の可否等）をご記載いただき、依頼元の歯科医療機関へご送付をお願いいたします。

以上

【お問合せ先】

(一社) 盛岡市歯科医師会

盛岡市盛岡駅西通 2-5-25 岩手県歯科医師会館 3F (8020 プラザ内)

TEL / 019-651-1170 FAX / 019-622-6619

E-mail / moriden@mda8020.com

医科 ⇒ 歯科

診療情報提供書（紹介状）

記載日：____年____月____日

紹介先 医療機関名	紹介元 医療機関名(所在/電話/FAX)
	医師名
先生御侍史	印

患者 情報	氏名	フリガナ	生年 月日	(_____ 年 _____ 月 _____ 日)
		(☐ 男 ・ ☐ 女)		(_____) 歳
	住所			
	電話		職業	

傷病名	☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 脳梗塞 ☐ 心筋梗塞・狭心症 ☐ 他の特記すべき疾患（ ）	
紹介目的	☐ 情報提供 ☐ 口腔内の治療および口腔管理をお願いします	
既往歴	☐ 有（ ） 感染性心内膜炎 ☐ 有 / ☐ 無	☐ 無
家族歴	☐ 有（ ）	☐ 無
症状及び 治療経過	喫煙（ ☐ 現在 / ☐ 過去 / ☐ 無） 糖尿病罹病期間（ 年 / ☐ 不詳 ） ☐ 腎症 ☐ 網膜症	
検査結果	検査日：20____年____月____日	
	血圧（ ____ / ____ mmHg） HbA1c（ ____ %） 血糖値（ ____ mg/dl： ☐ 食前 / ☐ 食後 ） （注）直近の生化学・血液一般データのコピーを添付すること	
現在の処方	お薬手帳または処方箋のコピーを添付すること	
抗血栓療法	☐ 有（ ） / ☐ 無	
骨吸収抑制薬	☐ 有（ ） / ☐ 無	

コメント	☐ 内科的に抜歯は問題ないと思います	
	☐ その他	

※青枠に☑を記入またはクリックしてください

医科

歯科から医科に情報を
求める場合
診療情報連携共有料1
(120点)

(診療情報等連携共有料1の様式)

診療情報等連携共有に係る照会

年 月 日

照会先医療機関・薬局名 _____

担当医・薬剤師名 _____ 先生

歯科医療機関名 _____

歯科医師氏名 _____

所在地 _____

自院の情報
を記載

共有料1の様式

医科から歯科への
情報提供書

医科 ⇒ 歯科

診療情報提供書 (紹介状)

記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介先医療機関名 _____ 紹介元医療機関名 (所在/電話/FAX) _____

医師名 _____

先生御侍史 _____

フリガナ _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

氏名 _____ 生年 月 日 _____ (_____ 男・ _____ 女) _____ 歳

住所 _____

電話 _____ 職業 _____

病歴

☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症

医科から歯科へ情報を
求められた場合
診療情報連携共有料2
(120点)

(診療情報等連携共有料2の様式)

診療情報等連携共有に係る情報提供

年 月 日

照会元医療機関名 _____

科 _____ 先生御机下 _____

歯科医療機関名 _____

歯科医師氏名 _____

自院の情報
を記載

共有料2の様式

歯科

共有料1の様式

共有料2の様式

資料 ①

(診療情報等連携共有料1様式)

診療情報等連携共有に係る照会

年 月 日

照会先医療機関・薬局名

担当医・薬剤師名

先生

歯科医療機関名

歯科医師氏名

所在地

電話番号

FAX/メールアドレス

自院の情報を記載

下記の患者について、当院では次のような歯科治療を予定しております。患者の病状、投薬の状況や歯科治療上留意が必要な事項等について情報提供をお願いいたします。

患者氏名	性別 男・女
患者住所 電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)
当院傷病名	☐ う蝕 ☒ 歯周病 ☐ その他 ()
治療予定	☐ う蝕処置 ☐ 拔牙 ☒ 歯周外科 ☐ その他 ()
処方・麻酔等	照会先の主治医及び薬剤師が診療情報・処方を提供する際の参考となるような歯科治療で使用する薬剤や歯科治療の具体的内容等を記載する。

診療情報の提供を求める内容	☐ 歯科治療上留意すべき事項について
	☐ 現在の投薬内容について
	☐ 現在の全身状態・検査結果(血糖・血圧・免疫・止血)について
	☐ 拔牙・歯周外科処置等に伴う以下の服用薬の休薬の可否と休薬期間について (薬剤名:)
	☐ その他 ()

【備考】

照会先主治医・薬剤師への連絡事項等があれば記載する。

(日本歯科医師会)

(診療情報等連携共有料2様式)

診療情報等連携共有に係る情報提供

年 月 日

照会元医療機関名

担当医

科

先生御机下

歯科医療機関名

歯科医師氏名

所在地

電話番号

自院の情報を記載

貴院(科)より診療情報のご照会をいただきました。当院で治療中の下記患者については、現時点において次のような歯科治療を実施しております。

貴院(科)における診療及び投薬等実施の際にお役立ていただければ幸いです。

患者氏名	性別 男・女
患者住所 電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)
当院傷病名	☐ う蝕 ☒ 歯周病 ☐ その他 ()
今後の治療予定	☐ う蝕処置 ☐ 拔牙 ☒ 歯周外科 ☐ その他 ()

照会元医療機関への回答内容	照会元の主治医が診療や処方を行う際の参考となるような、 ・歯科治療で使用する薬剤 ・歯科治療の具体的内容 ・口腔内情報(歯周病等の罹患状況、歯の本数や奥歯で噛めているか等) ・その他患者に係る特記事項等、照会に対する回答を記載する。
---------------	--

(日本歯科医師会)