

糖尿病医科歯科連携

1. 患者自身によるセルフチェックリストを使用
しての連携
2. 糖尿病主治医との連携
3. 健康診断（特定健診など）との連携

1. 患者自身によるセルフチェックリストを使用しての連携

① 歯周病のセルフチェック票

1. セルフチェック票（内科）による連携

糖尿病患者さまへ

歯周病にかかると、歯周病菌の持つ毒素が血管を通じて全身に運ばれ、さまざまな影響を及ぼします。なかでも血糖値コントロールに影響するとの報告があります。

次の11項目について歯周病のセルフチェックをしてみましょう。

	セルフチェック項目	✓	点数
1	朝起きたときに口の中がネバネバする		1
2	口臭があると言われたことがある		1
3	食事の後、歯と歯の間に物がはさまりやすい		2
4	歯みがきのとき歯ぐきから出血することがある		3
5	歯ぐきのはれることがある		4
6	ぐらつく歯がある		5
7	あまり歯みがきをしない		1
8	タバコをよく吸う		1
9	歯科医院には歯が痛いときしか行かない		1
10	ストレスを感じる人が多い		1
11	骨密度が低いといわれたことがある		1
合計			

✓を付けた項目の合計は何点でしたか。

気になるところがあれば歯科を受診してみましょう。

0点 青信号	今は歯周病の心配はありません。しかし、歯周病のごく初期には自覚症状が少ないので、歯科医院などで定期的に検査を受けてみましょう。
1～4点 青～黄色信号	歯周病になっているか、なりやすい要因を持っています。歯みがきと定期的な歯科健診を受けましょう。
5～9点 黄色信号	歯周病にかかっている可能性大。歯科を受診してみてください。専門的な指導を受けて歯みがきもしっかり行いましょう。
10点以上 赤信号	歯周病がかなり進行している可能性があります。必ず歯科を受診し、進行しないよう毎食後ていねいに歯をみがいて下さい。

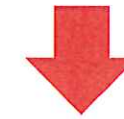
日本歯科医師会発行『歯周病と糖尿病（パワーポイントによる資料集）』より一部改変

① 内科においてまたは患者自身で

対象者自身によってチェック



5点以上で歯科受診を勧める



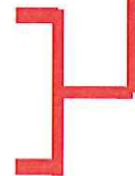
歯科受診



② 糖尿病主治医と情報交換



③ 歯周病治療



2. 糖尿病主治医との連携

別紙 2

②

歯科医療機関控

岡山県糖尿病連携 診療情報提供書 (歯科→医科)

平成 年 月 日

紹介先 _____ 医院・病院 _____ 先生御侍史

歯科医療機関名

住 所

T E L

歯科医師氏名

印

患者氏名	様 (男・女) 明・大・昭・平	年	月	日生	歳
住所	T E L				
紹介目的：診断結果報告・経過報告・検査・治療内容・その他					
病名 (診断結果)					
歯周病の程度：重度・中等度・軽度・異常なし					
歯周病以外の歯科疾患：					
歯周病の経過および治療内容					
1. 歯石除去・ブラッシング指導等の初期治療					
2. 観血処置					
3. 定期的管理					
4. その他					
歯周病以外の治療および今後の予定					
備考					

② 歯科⇒医科

歯科からの情報提供に使用する。

2. 糖尿病主治医との連携

チェックリストを介さず、医科からの紹介の場合も使用する。

糖尿病の病状（血糖値、合併症など）の資料は、糖尿病連携手帳（患者さんが携帯）に記載されている。

手帳または記載がない場合は、主治医に照会する。

3. 健康診断（特定健診など）との連携

歯科検査指導連絡票（糖尿病）

歯科
本人控え

近年、糖尿病と歯周病との密接な関係が重要視されています。
糖尿病の予防及び治療の効果を上げるためにも、歯周病の改善は必要です。

特定健診において血糖値の上昇が認められましたので、歯科医院において歯周病の検査及び治療をお勧めします。

氏名	殿	T・S・H	年	月	日生()才	男・女
住所				電話		
健診日	年	月	日	機関名		
空腹時血糖			食後血糖			HbA1c
1 検査結果						
・ 唾液潜血反応	- + 卍					
・ CPI	CPI 最大値		[]			
	7	6	1	6	7	(参考)
	[]		[]		0	健康
	[]		[]		1	プロービング時の出血
	[]		[]		2	歯肉縁上・縁下歯石
	[]		[]		3	歯周ポケットの深さが4～5mm
	[]		[]		4	歯周ポケットの深さが6mm以上
・ 残根の有無	ない		ある			
・ 排膿	-		+			
2 治療方針 口腔清掃 ブラッシング指導 縁下歯石除去 根面清掃 歯周外科						
3 保健師への連絡事項						
4 血液検査の結果から歯科医院を受診したことが ない ある						
前回受診日 年 月 日						
受診期間						
5 糖尿病家族歴 なし ある (父・母・兄弟・その他)						
・ 歯科受診年月日：平成 年 月 日						
・ 歯科医療機関名：						
・ 歯科医師名：						

町の保健事業に役立てる以外絶対にこの連絡票を使用しないと言う説明を理解し、町に送付することに同意する。

本人署名 _____

3. 健康診断（特定健診など）からの連携

