紹　介　状

明石市立障害者等歯科診療所　御中　　年　　月　　日

住所 歯科医院名 歯科医師名 連絡先 (TEL) (FAX)

下記の方を紹介いたします。

患　者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様（生年月日：　　年　　月　　日　　歳）

傷病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介目的（当該歯の齲蝕・抜歯・抜髄処置等のみ希望する際は、その旨ご記入ください）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者様の状況（当てはまる項目に☑チェックを入れてください）

☐知的障害　☐精神障害　☐ダウン症　☐自閉症　☐脳性麻痺
☐歯科恐怖症　☐嘔吐反射　☐有病高齢障害者
☐その他（　　）

患者様の既往症（当てはまる項目に☑チェックを入れてください）

☐有　病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
☐無

手帳の有無（当てはまる項目に☑チェックを入れてください）

☐有　（☐身体障害者手帳　☐療育手帳　☐精神障害者保健福祉手帳）
☐無

紹介後の対応（当てはまる項目に☑チェックを入れてください）

☐今後もかかりつけ歯科医師として対応する
（何かあれば明石市立障害者等歯科診療所に紹介する）
☐出来れば明石市立障害者等歯科診療所で処置後も対応してほしい

＊予約の都合上、事前に紹介状を FAX（078-918-5665）ください。その後、患者様ご本人からの電話連絡にて予約を受付けいたします。なお、FAX いただいた紹介状は初診時に患者様に持参していただくようお渡しください。ご不明な点がございましたら明石市立障害者等歯科診療所・受付窓口（TEL 078-918-5664）にご連絡ください。