**紹　介　状**

　年　　月　　日

大阪大学歯学部附属病院障害者歯科治療部　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 住所  歯科医院名  歯科医師名  連絡先 (TEL)  　　　 (FAX) |  |

**患　者　　　　　　　　様（生年月日：　　 　年　 月　 日　 歳）**

**傷病名**

**紹介理由**

**治療経過**

**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）**

□知的能力障害　　□自閉スペクトラム症　　□ダウン症候群

　□脳性麻痺　　□精神疾患　　□認知症　　□高血圧

　□心疾患　　　□糖尿病　　　□てんかん　□ぜんそく

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**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

□出来れば阪大にて処置後も対応してほしい

□患者の希望に沿う