

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