

この紹介状は、地域の歯科医院から静岡市障害者歯科保健センターへ患者様を紹介していただく際に使用できます。お手数ですが、記載できる範囲でご記入の上、情報提供いただけると幸いです。

紹介状

静岡市障害者歯科保健センター 御中

住所
歯科医院名
歯科医師名
連絡先

患者 _____ 殿を紹介いたします。

● 紹介理由(当てはまる項目に○を入れてください)

齲蝕処置 定期検診 その他

● 紹介後の対応(当てはまる項目に○を入れてください)

今後もかかりつけ歯科医として対応する(何かあればセンターへ紹介)
 定期検診だけなら対応する
 できればセンターで処置後も対応してほしい

● 当医院での診療状況(当てはまる項目に○を入れてください)

家族からの相談のみで患者を診ていない 診療所まで来ることができなかった
 待合室まで来れたが診療室に入れなかった 診療室に入れたが診療台に座れなかった
 診療台にすわったが口の中が診れなかった 診療台に座って口の中は確認できた

● 当医院でできたこと:当てはまる項目に ◎ ○ △ × を記入してください

上手にできた(◎) 抑えて何とかできた(○) 練習中(△) できなかった(×)

① 診療台で横になる() ② 歯科医師による歯磨き() ③ ライトの使用()
④ ミラーの使用() ⑤ 探針の使用() ⑥ ピンセットを使う()
⑦ 3ウェイシリンジの使用() ⑧ バキュームの使用()
⑨ ポリッシングブラシ(コントラ)による歯面清掃 ⑩ 口腔内レントゲン撮影()
⑪ パノラマレントゲン撮影() ⑫ 抜歯() ⑬ タービンの使用()
⑭ 局所麻酔() ⑮ 保存修復処置() ⑯ 歯髄処置()

● 当院でどうしてもできなかったこと

● その他:静岡市障害者歯科保健センターで注意したほうがいいこと