

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