

紹介状

(歯科治療困難患者)

奈良県心身障害者歯科衛生診療所 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 男・女)
(身長: cm、体重: kg)

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)

- 歯科治療恐怖症患者
 嘔吐反射が強い患者、異常絞扼反射の患者
 歯科治療で (血管迷走神経反射 ; 過換気症候群 ; パニック障害) の既往がある患者
 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

患者様の処置部位と治療内容 (希望する部位と内容をご記入ください)

* 予約の都合上、事前に紹介状を FAX (0744-29-0116) 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願い申し上げます。ご不明な点がございましたら奈良県心身障害者歯科衛生診療所・受付 (TEL 0744-29-0115) にご連絡ください。