

熊本県歯科医師会 口腔保健センター 紹介状

※ お分かりの範囲でご記入ください。

熊本県歯科医師会 口腔保健センター

先生

患者氏名

年齢

性別

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

既往歴 知的能力障害 自閉スペクトラム症 脳性麻痺 肢体不自由

ダウン症 てんかん 精神障害 その他 ()

障害手帳 なし あり (種類: 、 級) 療育手帳 なし あり (級)

薬剤アレルギー なし・あり ()

● 紹介理由

歯科治療 () 定期メンテナンス 静脈内鎮静法

● 紹介後の対応

当院で対応 定期検診のみ当院で対応 口腔保健センターで継続対応希望

● 当院での診療状況

家族からの相談のみ 待合室には入れる 診療室には入れる
 診療台には座れる お口の中は診られる

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

上手にできた (◎) 抑制下でできた (○) 練習中 (△) できなかった (×)

① 診療台で横になる () ② 歯磨き () ③ バキューム使用 ()

④ PMTC () ⑤ レントゲン撮影 () ⑥ タービン使用 ()

⑦ 局所麻酔 () ⑧ う蝕処置 () ⑨ 歯髄処置 () ⑩ スケーリング ()

● 口腔保健センターで希望すること、注意すること等

()

年 月 日

医院名

歯科医師名

連絡先

熊本県歯科医師会 口腔保健センター

熊本市中央区坪井2丁目3番6号 電話: 096-343-4382 FAX: 096-285-9766

診療日: 火・木・土 ※完全予約制

診療時間: 10時~12時 13時~17時 (最終受付16時まで)