紹　介　状

あかしユニバーサル歯科診療所　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）

歯科傷病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介目的

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者様の状況

□知的障害　□精神障害　□（　　）症候群　□自閉スペクトラム症
□脳性麻痺　□歯科恐怖症　□嘔吐反射　□有病者（病名　　）
□その他*（　　）

上記の歯科傷病部位以外について

□上記の歯科傷病部位のみを希望する　□総合的に治療するかは患者の希望に沿う

手帳の有無

□無　□有　（□療育手帳　□身体障害者手帳　□精神障害者保健福祉手帳）

歯科診療特別対応連携加算の算定の有無

□無　□有

当院での治療終了後の対応

□今後もかかりつけ歯科として対応する（何かあればあかしユニバーサル歯科診療所に紹介する）
□出来ればあかしユニバーサル歯科診療所で対応してほしい
□患者の希望に沿う

＊予約の都合上、事前に紹介状を**FAX（078-918-5665）**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渡しください。ご不明な点がございましたらあかしユニバーサル歯科診療所・受付窓口（TEL 078-918-5664）にご連絡ください。