

様式 21

歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 患者の診療に当たる歯科医師の氏名

| 常勤の歯科医師名 | 専門医等の取得状況 |
|----------|-----------|
|          |           |
|          |           |
|          |           |

2. 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

| 氏名 | 職種名 |
|----|-----|
|    |     |
|    |     |
|    |     |

3. 緊急時の連絡・対応方法

|  |
|--|
|  |
|--|

4. 緊急時の連携保険医療機関

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行なっている連携保険医療機関

|     |   |   |   |     |
|-----|---|---|---|-----|
| (1) | 名 | 称 |   |     |
|     | 所 | 在 | 地 |     |
|     | 電 | 話 | 番 | 号   |
|     | 開 | 設 | 者 | 氏名  |
|     | 歯 | 科 | 医 | 師名  |
|     | 調 | 整 | 担 | 当者名 |
|     | 連 | 絡 | 方 | 法   |

(2) 連携保険医療機関

|     |   |   |   |     |
|-----|---|---|---|-----|
| (2) | 名 | 称 |   |     |
|     | 所 | 在 | 地 |     |
|     | 電 | 話 | 番 | 号   |
|     | 開 | 設 | 者 | 氏名  |
|     | 歯 | 科 | 医 | 師名  |
|     | 調 | 整 | 担 | 当者名 |
|     | 連 | 絡 | 方 | 法   |

(3) 連携保険医療機関

|     |   |   |   |     |
|-----|---|---|---|-----|
| (3) | 名 | 称 |   |     |
|     | 所 | 在 | 地 |     |
|     | 電 | 話 | 番 | 号   |
|     | 開 | 設 | 者 | 氏名  |
|     | 歯 | 科 | 医 | 師名  |
|     | 調 | 整 | 担 | 当者名 |
|     | 連 | 絡 | 方 | 法   |

5. 連携保険医療機関への診療情報の周知方法

|  |
|--|
|  |
|--|

6. 緊急時の搬送体制

|  |
|--|
|  |
|--|