

**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わる届出(報告)書**

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わ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	
	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	
	担 当 医 師 名	
	調 整 担 当 者	
	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	
	担 当 医 師 名	
	調 整 担 当 者	
	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

--

# 地域医療連携体制加算情報提供文書

(主治の歯科医師——▶連携保険医療機関)

連携保険医療機関名 \_\_\_\_\_

歯科医師名 \_\_\_\_\_ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

歯科医師名 \_\_\_\_\_ 印

患者氏名		性別	男・女
患者住所			
電話番号			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		

傷病名：
既往歴：
症状、診療内容及び治療経過等：
直近の検査結果
その他の特記事項

- 備考
1. 地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行なうこと。なお、様態の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行なうこと。
  2. 連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

歯科医師名 \_\_\_\_\_ 印

あなたが安心して訪問歯科診療を受けられるように、あなたの主治の歯科医師である  
(主治の歯科医師名)は、夜間、休日等に急に容態の変化があった場合に迅速に対応が  
できるように以下の医療機関と連携し、いつでも歯科医師が診療できる体制を整備して  
います。

なお、迅速な対応ができるように、以下の連携医療機関にあなたの診療上必要な情報  
を提供しています。

( 1 ) 連携保険医療機関 ( 地域歯科診療支援病院 )

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担当歯科医師名	
	調整担当者名	
	緊急連絡先電話番号	

( 2 ) 連携保険医療機関

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担当歯科医師名	
	調整担当者名	
	緊急連絡先電話番号	

( 3 ) 連携保険医療機関

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担当歯科医師名	
	調整担当者名	
	緊急連絡先電話番号	