

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
院長先生ご自身でも可	

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
院長先生ご自身でも可	

3. 緊急時の連絡・対応方法

電話等により連絡し、緊密に連携をはかる

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っている連携保険医療機関

(1)	名	称	岡山大学病院				
	所	在	岡山市北区鹿田町2-5-1				
	電	話	番	号	086-235-6932		
	開	設	者	氏	名	国立大学法人岡山大学	
	歯	科	医	師	名	浅海 淳一	
	調	整	担	当	者	名	小林 寿美
	連	絡	方	法	電話等による連絡		

(2) 連携保険医療機関

建邦保険医療機関						
(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	
	齒	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

患者の同意を得て文書により診療情報を共有

6. 緊急時の搬送体制

救急車等
