医療・介護連携情報掲載システム申請書（歯科医療機関用）

送信先　ＦＡＸ：０４２－７５９－４３９５

E-mail：zaitakuiryo-kaigo@city.sagamihara.kanagawa.jp

（相模原市　在宅医療・介護連携支援センターあて）

あんしんリンクへの掲載を希望するので、次のとおり届け出ます。

【あんしんリンク　基本情報】

問１．歯科医療機関の名称

問２．住所・電話番号・FAX番号等

|  |  |
| --- | --- |
| 所 在 地 |   |
| 電話番号 | （　　　　　　　　　） |
| FAX番号 | （　　　　　　　　　） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | 　　　　　　　　　　　＠ |
| 外部ﾘﾝｸ(HP) |  |

問３．診療受付時間

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 曜日 | 午前 | 午後 |
| 月 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 火 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 水 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 木 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 金 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 土 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 日 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 祝 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 備考 |  |  |

1／5

歯科医療機関の名称：

【連絡に関する詳細情報】

問４．歯科医師名（窓口）

問５．歯科医師以外の窓口となる方の氏名等

お役職　　　　　　　　　　　　　　　ご氏名

問６．介護支援専門員等からの連絡先および連絡方法の順位

|  |
| --- |
| 【　　】電　話　　　　　　　（　　　　　） |
| 【　　】ＦＡＸ　　　　　　　（　　　　　） |
| 【　　】メールアドレス　　　　　　　　　　＠ |

記入例）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【３】電　話

介護支援専門員からの連絡は、メールでの連絡を第一希望、　　【２】ＦＡＸ

ＦＡＸを第二希望とし、電話は緊急時のみとしてほしい場合　　【１】メール

問７．介護支援専門員等からの連絡に対応可能な曜日・時間

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 曜日 | 午前 | 午後 |
| 月 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 火 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 水 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 木 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 金 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 土 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 日 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 祝 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |

問６．備考（連絡方法について特記があればご記入ください）

２／5

2／5

歯科医療機関の名称：

【訪問診療に関する詳細情報】

問７．訪問診療等対応可能エリア

　▼該当する地区に☑チェックしてください。

　緑　区　□橋本　　□大沢　　□城山　　□津久井　□相模湖　□藤野

　中央区　□小山　　□清新　　□横山　　□中央　　□星が丘　□光が丘　□大野北

　　　　　□田名　　□上溝

　南　区　□大野中　□大野南　□麻溝　　□新磯　　□相模台　□相武台　□東林

　　　　　□エリア外でも個別相談可

|  |
| --- |
| ※ 備考欄に変更する内容がありましたらご記入ください。　　例）クリニックから半径５キロ以内 |

問８．訪問診療等の体制および受け入れ状況

　▼現在の状況に☑チェックしてください。

1. 体制

新規患者　……………　　□対応可能　　　□対応不可

　　　かかりつけ患者　……　　□対応可能　　　□対応不可

1. 現在の受け入れ状況　　　　※今後、状況が変わりましたら随時変更可能です

新規患者　……………　　□可能　　□要相談　□不可

　　　かかりつけ患者　……　　□可能　　□要相談　□不可

可　能…受け入れの詳細は事前にご相談ください

要相談…訪問先や病状によってお受けできる場合があります

不　可…現在はお受けすることができません

問９．訪問診療対応可能な曜日・時間

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 曜日 | 午前 | 午後 |
| 月 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 火 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 水 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 木 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 金 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 土 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 日 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |
| 祝 | **：　　～　　：** | **：　　～　　：** |

3／5

歯科医療機関の名称：

問10．在宅管理可能な医療行為

　▼実施可能な検査に☑チェックし、特記事項があれば空欄にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一般的歯科治療 | □ |  |
| 義歯 | □ |  |
| 口腔ケア | □ |  |
| 摂食嚥下機能評価 | □ |  |
| 摂食嚥下機能療法（リハビリ） | □ |  |
| インプラントのメンテナンス | □ |  |
| その他 | □ |  |

問11．在宅で実施可能な検査

▼実施可能な検査に☑チェックし、特記事項があれば空欄にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レントゲン（ポータブル） | □ |  |
| 嚥下内視鏡（VE） | □ |  |
| 舌圧 | □ |  |
| 咬合圧力 | □ |  |
| 咀嚼機能 | □ |  |
| その他 | □ |  |

問12．介護サービス

▼対応可能なサービスに☑チェックしてください。

□ 居宅療養管理指導

問13．その他

▼該当する項目に☑チェックしてください。

　□ 生活保護法指定医療機関

　□ バリアフリー対応

　□ 歯科医師認知症対応力向上研修修了

　□ 周術期口腔管理中の訪問診療

　□ 医療的ケア児の訪問診療

　□ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）

□ 在宅療養支援歯科診療所１および２（歯援診）

問14．在宅医療に関連する付随施設

4／5

歯科医療機関の名称：

問15．多職種（訪問看護・介護等）の方々への要望

例）医師との面談希望の場合、まずはクリニックまでご連絡ください。

以上で掲載内容の変更は終了です。ご協力ありがとうございました。

以上

５／5