令和　　年　　月　　日

山梨県福祉保健部健康増進課

口腔保健支援センター　あて（**Fax　０５５―２２３―１４９９**）

（送付票不要　：　本届出票のみ送付して下さい）

送付先

医療機関名

所在地

電話番号

代表者氏名

**「糖尿病医科歯科連携の協力医療機関」の届出**

「糖尿病医科歯科連携の協力医療機関」への登録を希望するため、下記のとおり届け出ます。

記

|  |
| --- |
| 貴院の標榜診療科 |
| □　内科 | □　眼科 | □　皮膚科 | □　整形外科 |
| □　透析 | □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □　歯科 |  |
| 医療機関にお伺いします。糖尿病専門医がいらっしゃいますか？ | □　はい | □　いいえ |
| 歯科医療機関にお伺いします。歯周病専門医、または認定医がいらっしゃいますか？ | 　 □　はい □　いいえ　　□　専門医　　□　認定医 |

協力医療機関の役割

|  |  |
| --- | --- |
| １．かかりつけ医 | かかりつけ歯科医からの紹介患者を受入れるなど、協力を行うとともに、患者の症状に応じて地域の適切な医療機関を紹介、または逆紹介（返送）する。 |
| ２．かかりつけ歯科医等 | かかりつけ医や専門医との連携を図り、歯科に係る治療・検査等を実施し、適切に対応する。また、患者の症状に応じて地域の適切な医療機関を紹介、または逆紹介（返送）する。 |
| ３．専門医 | かかりつけ医（歯科医）からの紹介患者を受入れ、かかりつけ医への協力を行う。 |

**※登録〆切は、各年度の6月・9月・12月・3月の末日とさせていただきます。**

**この届出により登録された協力医療機関は、山梨県福祉保健部のホームページ等で公表します。**