大崎市在宅医療・介護連携推進事業

大崎市医療・介護資源マップ変更申請書（歯科用）

記　入　日　　平成　　年　　月　　日

医療機関名

記入者名

　大崎市のホームページにある「おおさきわが街ガイド」に追加された「大崎市医療・介護資源マップ」にて変更箇所がある場合には，**変更箇所のナンバーを〇で囲い**，変更内容のみを記入の上，**社会福祉課（ＦＡＸ ２２－９０４７ または，メールshafuku@city.osaki.miyagi.jp）**まで送信お願いします。

１．基本情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | 項　　　目 | 変 更 内 容 |
| １ | 医療機関名 |  |
| ２ | 院長名 |  |
| ３ | 郵便番号・所在地 | 〒 |
| ４ | 電話番号・FAX番号 | ☎FAX |
| ５ | 診療時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| （受付）午前（診療）午前 | 　　　　～　　　　～ |  |  |  |  |  |  |  |
| （受付）午後（診療）午後 | 　　　　～　　　　～ |  |  |  |  |  |  |  |
| ※備考 |
| ６ | 休診日 |  |
| ７ | ホームページ | 無・有（ ） |
| ８ | メールアドレス | 無・有（ ） |
| ９ | ２４時間対応 |  |
| １０ | 担当者氏名 |  |
| １１ | ケース会議の参加可能な時間帯 |  |

２．連絡方法（可能な方法に○をつけて下さい）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 項　　目 | 回答 | NO | 項　　目 | 回答 |
| １ | メール連絡 |  | ３ | 電話連絡 |  |
| ２ | FAX |  | ４ | 直接面談 |  |

３．在宅対応可能な医療情報（当てはまる項目に○をつけて下さい）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | 項　　目 | 変 更 内 容 |
| １ | 訪問診療※1 |  |
| ２ | 往診※２ |  |
| ３ | 初診患者の訪問診療 |  |
| ４ | 訪問リハビリテーション |  |
| ５ | 訪問口腔ケア |  |
| ６ | 摂食嚥下リハビリテーション |  |
| ７ | 虫歯・歯周病の治療 |  |
| ８ | 入れ歯の修理・作成 |  |
| ９ | 抜歯 |  |
| １０ | 主な訪問診療対応地域 | 古川・松山・三本木・鹿島台・岩出山・鳴子・田尻 |
| １１ | 決められた曜日・時間のみ対応 |  |
| 対応可能時間 |  |
| １２ | 医師と相談の上での対応 |  |

（※１　ここでいう訪問診療は，係りつけまたは以前通院しており，自宅や施設で療養している通院困難な患者さんに対して，その同意を得て計画的な医学管理の下に，定期的に訪問して診療を行うことです。）

（※２　ここでいう往診は，係りつけまたは以前通院していた患者さんの求めに応じて，自宅や施設に臨時的に赴いて診療することです。）

４．アピールポイント

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