

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			
<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 整形外科
<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
<input type="checkbox"/> 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？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 専門医 <input type="checkbox"/> 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。

※登録べ切は、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。