**在宅医療に取組む医療機関等の申請書【歯科医院】**

※医療機関等名、住所、代表者氏名、電話番号、FAX番号、E-mailにつきましては、[x] を入れていただいた項目のみ、県ホームページ上で公表いたします。

[x] 医療機関等名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 電話番号

[ ] 住所（〒　 - 　 ）　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] FAX番号

[ ] 代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] E-mail

[x] **下記項目で回答した内容を熊本県ホームページ上で公表することに同意します。**

**１　基本情報**

※該当する項目にチェックをしてください

　ア　在宅医療についての受付・相談窓口について（可能な時間帯に○を入力してください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前(時間)：　～　： |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後(時間)：　～　： |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜間(時間)　　：　～　： |  |  |  |  |  |  |  |

その他補足があればご記入をお願いします。

　イ　インターネット上での情報公表について

　　⇒施設単独でホームページを作成している場合は**URLを御記入ください。**

リンク先として県ホームページに掲載します。

**２　在宅医療関連情報**

　※該当する項目にチェックをしてください。

　ア　診療報酬科目

　　[ ] 歯科訪問診療　　　　　　　　　　　[ ] 訪問歯科衛生指導

　　[ ] 歯科疾患在宅療養管理　　　　　　　[ ] 在宅患者歯科治療総合医療管理

[ ] 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理

[ ] 救急搬送診療 [ ] 在宅患者訪問薬剤管理指導

[ ] 退院前在宅療養指導管理 [ ] 在宅悪性腫瘍等患者指導管理

[ ] 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理 [ ] 在宅患者連携指導

[ ] 在宅患者緊急等カンファレンス　　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　）

　　イ　診療内容

　　　[ ] むし歯治療　　　　　　　[ ] 歯周病治療　　　　　　☐抜歯

☐義歯作成調整　　　　　　[ ] 摂食嚥下訓練　　　　　[ ] その他（　　　　　　　　）

補足事項

**御協力ありがとうございました。**