

様式 21 の 3

(主治の歯科医師→患者)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関  
名 称 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
歯科医師名 \_\_\_\_\_

地域医療連携体制加算情報提供文書

あなたが安心して訪問歯科診療を受けられるように、あなたの主治の歯科医師である(主治の歯科医師名)は、夜間、休日等に急に容態の変化があった場合に迅速な対応ができるように以下の医療機関と連携し、いつでも歯科医師が診療できる体制を整備しています。

なお、迅速な対応ができるように、以下の連携医療機関にあなたの診療上必要な情報を提供しています。

(1) 連携保険医療機関（地域歯科診療支援病院）

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担当歯科医氏名	
	調整担当者氏名	
	緊急連絡先電話番号	

(2) 連携保険医療機関（歯科診療所）

(2)	名 称	
	所 在 地	
	担当医氏名	
	調整担当者氏名	
	緊急連絡先電話番号	

(3) 連携保険医療機関（歯科診療所）

(3)	名 称	
	所 在 地	
	担当医氏名	
	調整担当者氏名	
	緊急連絡先電話番号	