## 歯科画像診断管理加算 1歯科画像診断管理加算 2の施設基準に係る届出書添付書類

1 画像診断を専	<b>享ら担当する常勤歯科医</b> 的	雨の保険医	医療機関内の所属部署等
2 画像診断を専	<b>享ら担当する常勤歯科医</b> 館	市の氏名	(複数記入可)(1名以上)
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日			
平成	<b>東 月 日</b>		
4 歯科用3次元エックス線断層撮影、コンピューター断層診断(歯科疾患に係る			
ものに限る。)に係る事項			
当該保険医療	①のうち画像診断を専	ら担当	①のうち画像診断を専ら担当
機関における	する常勤歯科医師の下に画像		する常勤歯科医師が読影及び
実施件数	診断の管理を行った件数		診断を翌診療日までに行った
			件数
1	2		3
件		件	件
読影結果が翌診療日までに読影されている率 =%			
(③/①×100)			
5 当該保険医療	<b>寮機関以外の施設への</b>		
読影又は診断の委託			有・無

## [記載上の注意]

- 1 「2」の常勤歯科医師の経歴(画像診断担当の経験、勤務状況等がわかるもの) を添付すること。
- 2 「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 3 歯科画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「4」は記載する必要は ないこと。