

## かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 に係る届出書添付書類

1 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績等

(1) 次の算定実績があること(届出前1年間の実績)

|   |   |
|---|---|
| ① 歯周病安定期治療(Ⅰ)、歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定回数          | 回 |
| ② フッ化物歯面塗布処置、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数 | 回 |

(2) クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

届出年月日 (      年      月      日 )

2 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準の届出状況

届出年月日 (      年      月      日 )

3 過去1年間における歯科訪問診療料の算定又は歯科訪問診療の依頼の実績

|  |   |
|--|---|
| ① 歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2の算定回数                    | 回 |
| ② 歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2に依頼した回数 | 回 |
| 合 計  | 回 |

4 過去1年間における他の保険医療機関との連携の実績

|                   |   |
|-------------------|---|
| ① 診療情報提供料(Ⅰ)の算定回数 | 回 |
| ② 診療情報連携共有料の算定回数  | 回 |
| 合 計               | 回 |

5 歯科疾患の継続管理等に係る研修

|         |  |
|---------|--|
| 受講歯科医師名 |  |
| 研 修 名   |  |
| 受講年月日   |  |
| 研修の主催者  |  |
| 講習の内容等  |  |

※上記の内容を満たしていれば、研修会の修了証の写しの添付でも可とする。

※高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応及び歯科疾患の継続管理等の研修を含むこと

6 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

| 勤務形態   | 職種         | 氏名 |
|--------|------------|----|
| 常勤／非常勤 | 歯科医師／歯科衛生士 |    |
| 常勤／非常勤 | 歯科医師／歯科衛生士 |    |
| 常勤／非常勤 | 歯科医師／歯科衛生士 |    |
| 常勤／非常勤 | 歯科医師／歯科衛生士 |    |
| 常勤／非常勤 | 歯科医師／歯科衛生士 |    |

7 緊急時の連携保険医療機関

|           |  |
|-----------|--|
| 医療機関の名称   |  |
| 所在地       |  |
| 緊急時の連絡方法等 |  |

8 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

|                    |  |
|--------------------|--|
| 歯科訪問診療を行う<br>歯科医師名 |  |
| 診療可能日              |  |

## 9 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

|   |   |
|---|---|
| ① 居宅療養管理指導の提供実績                                     | (実施件数) _____ 回                                  |
| ② 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は 2                             | (算定回数) _____ 回                                  |
| ③ 歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算                           | (算定回数) _____ 回                                  |
| ④ 退院時共同指導料、退院時在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料 | (算定回数) _____ 回                                  |
| ⑤ 地域ケア会議の出席   | (会議名) _____<br>(直近の出席日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| ⑥ 在宅医療に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への出席 | (会議名) _____<br>(直近の出席日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| ⑦ 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講                          | (研修名) _____                                     |
| ⑧ 在宅医療・介護等に関する研修の受講                                 | (研修名) _____                                     |
| ⑨ 学校の校医等に就任   | (学校名) _____                                     |
| ⑩ 介護認定審査会の委員の経験                                     | (在任期間) _____ 年 _____ 月<br>~ _____ 年 _____ 月     |
| ⑪ 自治体が実施する歯科保健に係る事業への協力                             | (事業名) _____<br>(実施日) _____ 年 _____ 月 _____ 日    |

※ 2に記載する歯科医師の状況について記載すること。

※ 2に関する研修を受講した歯科医師が複数名配置されている場合は、  
そのうち、代表する1名の歯科医師の連携の状況について記載すること。

※ ①から④までについては、過去1年間の実績を記載すること。

※ ⑦、⑧については、内容が確認できる研修会の修了証の写しを添付すること。

## 10 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

| 一般名称                           | 装置・器具等の製品名 | 台数<br>(セット数) |
|--------------------------------|------------|--------------|
| 自動体外式除細動器 (AED)                |            |              |
| 経皮的動脈血酸素飽和度測定器<br>(パルスオキシメーター) |            |              |
| 酸素(酸素吸入用のもの)                   |            |              |
| 血圧計                            |            |              |
| 救急蘇生キット                        |            |              |
| 歯科用吸引装置                        |            |              |