

様式 75 の 2

歯科麻酔管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | |
|--|------|------|----------------|------------------|---|
| 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | | | | | 科 |
| 2 歯科麻酔について2年以上の経験を有するとともに全身麻酔を200症例以上及び静脈内鎮静法を50症例以上の経験を有する常勤の歯科医師の氏名等 | | | | | |
| 常勤歯科医師の氏名 | 勤務時間 | 経験年数 | 全身麻酔の 経験症例数 | 静脈内鎮静法の 経験症例数 | |
| | 時間 | 年 | 例 | 例 | |
| | 時間 | 年 | 例 | 例 | |
| | 時間 | 年 | 例 | 例 | |

[記載上の注意]

- 1 「2」の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「2」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52又はこれに準じた様式（経験症例数が分かるもの）により添付すること。
- 3 歯科麻酔管理料を算定するすべての常勤歯科医師について記載すること。