圏科診療特別対応連携加昇の施設基準に係る庙出書										
1	次の(1)、(2)	のうち、診	核当するもの	のに〇を	つけ、記	載す	るこ	ہ ع		
(1)地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っている										
保険医療機関										
		地域歯科診	或歯科診療支援病院歯科初診料の施						_	
		設基準の届出	出年月日				年	月	日	
(2										
		基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の								
		数								
		届出前3かり	月間			Ħ	。 【 (月平均 名)			
		年 月	~ 年	月		名	(月平)	[2]	_名)	
2	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	一般名称 自動体外式除細動器 (AED) 経皮的酸素飽和度測定器(パ		装置・器具等の製品名			台数(セット数)			
	自動体外式除細重									
	経皮的酸素飽和原									
	ルスオキシメーター) 酸素									
	救急蘇生キット	<b>数急蘇生キット</b>								
3 別の医科診療の保険医療機関(医科併設の保険医療機関にあっては医科診										
痑	療科)との連絡調整を担当する者								1	
	氏名	氏名    職		種等 氏名 		<u> </u>	職種等			
						<u> </u>				
4	緊急時の連絡・対応方法									
5	緊急時の連携する医科診療の保険医療機関									
	① 名 7	<b>称</b>								
	② 所 在 5	地								
	③ 開設者氏	名								
	④ 担当医師	名								
	⑤ 調整担当者:	名								
	② * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	+								

(注) 医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。