在宅療養支援歯科診療所1又は2の施設基準に係る届出書添付書類 届出を行う施設基準(該当するものにOをつけること)

| 在宅療養支援歯科診療所1 | (全ての項目について記載すること) | | | | | | |
|--------------|--------------------|--|--|--|--|--|--|
| 在宅療養支援歯科診療所2 | (7以外の項目について記載すること) | | | | | | |

| 1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績) | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 歯科訪問診療料を算定した人数 ① | 人 | | | | |
| 外来で歯科診療を提供した人数 ② | 人 | | | | |
| ※ ①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療1、2 | | | | | |
| 診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の延べ人 ※ ②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を | | | | | |
| 歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+ | | | | | |
| 2. 歯科訪問診療の実績(届出前1年間の実績) | | | | | |
| 歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2の算定回数 | <u>_</u> | | | | |
| ※ 歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再 | | | | | |
| る診療を含めた、算定回数を記載すること。 | | | | | |
| 3. 高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講歴 | 等 ———————————————————————————————————— | | | | |
| 受講歯科医師名(複数の場合は全員) | | | | | |
| 研 修 名 | | | | | |
| 受講年月日 | | | | | |
| 研修の主催者 | | | | | |
| | | | | | |
| | 1 | | | | |
| ※ 高齢者の心身の特性(認知症に関する内容を含め 対応等に関する内容を含むものであること。 | む。)、高齢者の口腔機能管埋、緊急時の | | | | |
| ※ 研修会の修了証の写し又は当該研修の名称、実 | 施主体、修了日及び修了者の氏名等を記 | | | | |
| 載した一覧の添付でも可とするものであること。 4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を〇で囲むこと) | | | | | |
| 氏 名 | 常勤/非常勤 | | | | |
| 1) | 常勤/非常勤 | | | | |
| 2) | | | | | |
| | | | | | |
| 3) | 常勤/非常勤 | | | | |
| 5. 迅速に対応できる体制に係る事項 | | | | | |
| (1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制 | 名で担当 | | | | |
| ・ 担当者の氏名及び職種 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| (2)歯科訪問診療体制:対応体制 | 名で担当 | | | | |
| • 担当医の氏名 | · | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 6. 在宅医療を担う他の保険医療機関等からの歯科訪問診療の依頼実績(届出前1年間 | | | | | | |
|--|---------------|----------|---------|-----|--|--|
| の実績) | | | | | | |
| 依頼元(施設名等) | 回数 | 依頼元(旅 | | 回数 | | |
| | 回 | | | | | |
| | 回 | | | | | |
| | 回 | | | 回 | | |
| | | | 合計 | | | |
| 7. 保険医療機関、介護・福祉施設 | : :等との連携の: | 実績 | | | | |
| ① 次のうち該当する項目に記載 | 載すること。 | | | | | |
| 地域ケア会議、在宅医療・介護に関 | するサービス担 | 当者会議又は | (会議等の名称 | 5) | | |
| 病院・介護保険施設等で実施される | 多職種連携に係 | る会議に年1 | | | | |
| 回以上の出席 | | | | | | |
| 病院・介護保険施設等の職員への口 | コ腔管理に関す | る技術的助言 | (協力施設名) | | | |
| や研修等の実績又は口腔管理への | 協力(届出前1年 | 間) | | | | |
| 歯科訪問診療に関する他の保険医療 | 療機関との連携 | 実績(年1回) | (保険医療機関 | (名) | | |
| | | | | | | |
| ② 次のうち該当する項目に、算 | 定回数(届出前 | 前1年間)を記述 | 載すること。 | | | |
| 栄養サポートチーム等連携加算1 | | | | 回 | | |
| 栄養サポートチーム等連携加算2 |) | | | 回 | | |
| 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 回 | | | | | | |
| 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 回 | | | | | | |
| 退院時共同指導料1 | | | | 回 | | |
| 退院前在宅療養指導管理料 | | | | | | |
| 在宅患者連携指導料 | | | | 回 | | |
| 在宅患者緊急時等カンファレンス | 料 | | | 回 | | |
| 8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の医療機関(歯科医療機関) | | | | | | |
| (1) 医療機関の名称 | | | | | | |
| (2)所在地 | | | | | | |
| (3)連絡先 | | | | | | |
| | | | | | | |
| 以下、9~13 については、1. の(A)が 0.95 以上である診療所のみ記載 | | | | | | |
| 9. 初診患者の診療情報提供を受 | けた保険医療権 | 幾関 | | | | |
| 保険医療機関名 | | | 備考 | | | |
| 1) | | | | | | |
| 2) | | | | | | |

3)

4) 5)

| 10. 歯科訪問診療料の | の算定実績(| 届出前3月 | 間の | 実績) | | | |
|--|---|-------------------|-------------------|------------------|--------------|-------------|------------------|
| 歯科訪問診療1 | | 1 | | 人 | | | |
| 歯科訪問診療2 | | 2 | | 人 | | | |
| 歯科訪問診療3 | | 3 | | 人 | | | |
| 歯科訪問診療1の第 | | | | | | <u> </u> | |
| ※ ①~③の歯科訪※ 歯科訪問診療11 | こは歯科訪問診 | 療料の注 1 | 311 | 初診時」 | 若しくは | 「ロ 再診時」 | 」を算定した |
| 患者のうち、歯科記 ※ 歯科訪問診療21 | 5問診療1に相談 こは歯科訪問診 | 当する診療を :磨料の注 1 | 行つ 3「イ | た患者数 初診時! | を含む。 苦しくは | 「ロ 面診時 | を質定 .た |
| 患者のうち、歯科記 | 5問診療1に相 | 当する診療を | · 行つ | た患者を | 除いた患 | 者数を含む |) |
| 11. 在宅医療に係る終 | 圣験を有する選 | 科医師の | 5名 | 等 | | | |
| 歯和 | 4医師の氏名 | | | | 経 | 験年数 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 40 W=++左=□.甘;#1-/ | - - - - - - - - - - - - - - - - - - - | | | 7 hh-\ | | | |
| 12. 当該施設基準に | 糸る必要な機会 ┌──────────────────────────────────── | | | 5 寺) | | | |
| 機器の種類 概 要 医療機器認証番号 によっている では、 | | | | | | | |
| ①ポータブル | 上京版品 。 製品 | | | | | | |
| ユニット | ユニット 製造販売 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ②ポータブル 製品: | | | | | | | |
| バキューム 製造販売 | | | | | | | |
| 医療機器 | | | | | | | |
| ③ポータブル 製品: レントゲン 製造販売: | | 名 | | | | | |
| | | 業者名 | | | | | |
| [備考] | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ※ ①~③について. | | れない場合に | は備え | き欄に医療 | 療機器認 | 認証番号、製 | <u></u> 品名及び製 |
| <u>造販売業者名を記</u> 13. 歯科訪問診療に | | の笛中宝舗 | / 屋 | 山前1年 | 関の宝 | (圭) | |
| 13. 图件初问部旗[2] | いんのが同年の | り昇化天限 | | 以即 1 平 | | | |
| ③ ①及び②の合計(③=①+②) | | | | 医未100 目: 友歯手術 | ベル | | |
| | | _ | 区图于训 三 京床義歯 | 攸 理 | | | |
| ⑤有床義歯の新製 ⑦有床義歯内面適合法 | | | W 1 | 7 / 我图 | 沙垤 | □ | |
| | 7 // | . 111 | | | | | |

回

- 8 5、6及び⑦の合計(8=5+6+⑦)
- ※ 回数は延べ算定回数を記載すること。※ ③、④が 20 回以上であること。※ ⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。※ ⑧が 40 回以上であること。