様式 33

（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　画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の保険医療機関内の所属部署等
２　画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名（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　　年　　月　　日
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

当該保険医療機関における実施件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の下に画像診断の管理を行った件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師が読影及び診断を翌診療日までに行った件数
①　　件	②　　件	③　　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　当該保険医療機関以外の施設への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。