

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 歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績(届出前 1 年間)

① 歯科訪問診療 1 又は歯科訪問診療 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 他の保険医療機関との連携の実績(届出前 1 年間)

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の受講歴等

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。

※歯科疾患の継続管理に関する研修、高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等を含むこと。

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 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	(実施回数) _____ 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) _____ (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) _____ (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 学校歯科医等に就任	(学校等の名称) _____
⑩ 介護認定審査会の委員の経験	(在任期間) _____ 年 _____ 月 ~ _____ 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) _____ (実施日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 1 5に記載する歯科医師の実績について記載すること。

※ 2 ※ 1に該当する歯科医師が複数名配置されている場合は、そのうち、いずれか 1 名について記載すること。

※ 3 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。

※ 4 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 (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 (パルスオキシメーター)		
酸素供給装置		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		