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書添付書類

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

		常勤歯科医師数	看護職員数	歯科衛生士数
年	月	名	名	名

2 次の(1)~(5)のうち、該当するものに記入すること。

(1)	紹介率	率			
年・	月	初診の患者 の数①	文書により紹介さ れた患者の数②	紹介率	(=②/①×100) %
年	月	名	名		%

(2)地域歯	(2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数:計件								
歯科点数表 区分	件 数	歯科点数表 区分	件 数	歯科点数表 区分	件 数				
J01304	件	1039	件	J072	件				
J0 1 6	件	J0 4 2	件	J072-2	件				
J0 1 8	件	J0 4 3	件	J075	件				
J0 3 1	件	J066	件	J076	件				
J032	件	J068	件	J087	件				
J035	件	J069	件						
J036	件	J070	件						

(3)別の保険医療機関において基本診療料に係る歯科診療特別対応加算及び歯科 訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受け、外来診 療を行った患者の数

年	月	~	年	月	歯科診療特別対応加算 歯科訪問診療料 名	_名	
						月平均	名

(4) 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							
年	月	~	年	月	名	月平均	名

(5) 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(I)、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)のいずれかを算定した患者の数

た 0 /こ心	н • <i>7</i> ж			
年 月 ~	年 月	名	<u>月平均</u>	<u>名</u>

3 院内感染予防対策の状況

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

		概	Ę
滅菌体制 (該当する番号にC	2. 複数の診療科で		菌部門において滅菌
1. に該当する場合	は以下の事項について言	己載	
	医療機器届出番号		
滅菌器	製品名		
	製造販売業者名		
滅菌器の使用回数	1. 1日1回	2.	1日2回
	3. 1日3回以上5回	未満 4 .	1日5回以上

(2) 当該保険医療機関の平均患者数の実績(該当する番号に〇)

	概	要
	1. 10人未満	2. 10人以上20人未満
1 日平均患者数	3.20人以上30人未満	4.30人以上40人未満
	5. 40人以上50人未満	6.50人以上

- ※ 新規開設のため、実績がない場合は(2)の記載は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の7月に当該様式により実績について届出すること。
 - (3) 当該保険医療機関の保有する機器について

機器名		概	要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数			
歯科用ユニット数	保有数			

- ※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の医療機器の保有数の合計を記載すること。
 - ・歯科用ガス圧式ハンドピース
 - ・歯科用電動式ハンドピース
 - ・ストレート・ギアードアングルハンドピース
 - ・歯科用空気駆動式ハンドピース

【記載上の注意】

- 1.「2の(1)」については、届出前1か月間(暦月)の数値を用いること。
- 2. 「2の(2)」及び「3の(2)」については、届出前1年間(暦年)の数値を用いること。
- 3. 「2の(3)、(4) 及び(5)」については、届出前3か月間(暦月)の数値を用いる こと。
- 4. 「2の(1)、(2)、(3) 又は(4)」に該当する場合は常勤歯科医師数2名以上、「2の(5)」に該当する場合は、常勤歯科医師数1名以上であること。