

歯科点数表の初診料の注 1 の施設基準に係る報告書

1 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に○）

| | 概 要 |
|--------------------------------------|--|
| 1 日平均患者数 (届出前 3 ヶ月間) | 1. 10 人未満 2. 10 人以上 20 人未満 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 |
| 滅菌体制 (該当する番号に○) | 1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌（業者名： ） |
| 「1. 診療室内に設置した滅菌器を使用」に該当する場合は以下について記載 | |
| 滅菌の体制について (1 日あたりの滅菌 の実施回数) | 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 当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

| 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