

様式 4 の 3

初診料（歯科）の注 16 及び再診料（歯科）の注 12 に掲げる 情報通信機器を用いた歯科診療の施設基準に係る届出書添付書類

1 診療体制等

| 要件 | 該当 |
|--|--------------------------|
| (1) 「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針」 （以下「歯科オンライン指針」という。）に沿って診療を行う 体制を有していること。 | <input type="checkbox"/> |
| (2) 対面診療を行う体制を有していること。 | <input type="checkbox"/> |

2 患者急変時等において、対面診療が困難な場合に連携する保険医療機関

| | |
|-----------|--|
| ① 名称 | |
| ② 所在地 | |
| ③ 担当歯科医師名 | |

3 歯科医師の配置状況

| 配置歯科医師の 氏名 | 経験等 | 研修修了番号/ 受講番号等 | 研修修了年月日 |
|---------------|---|------------------|---------|
| | <input type="checkbox"/> 情報通信機器を用いた 歯科診療を実施する 歯科医師が、歯科 オンライン指針に定 める「厚生労働省が 定める研修」を修了 している | | |

〔記載上の注意〕

- には適合する場合「✓」を記入すること。
- 「3」については、研修修了証を添付すること。ただし、当該研修の修了番号（受講番号等でも可。）及び研修修了年月日を記載する場合は添付を省略して差し支えない。その場合は、研修の修了を確認できる文書を保険医療機関内に保管すること。