

様式 3

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及び
歯科外来診療感染対策加算 4 の施設基準に係る報告書（8 月報告）

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

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
J013の4	件	J039	件	J072	件
J016	件	J042	件	J072－2	件
J018	件	J043	件	J075	件
J031	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初診料の注 6 又は再診料の注 4 に規定する歯
科診療特別対応加算 1、2 若しくは 3 又は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 1、2 又は 3 _____ 名
	歯科訪問診療料 _____ 名
	月平均 _____ 名

（４）初診料の注 6 又は再診料の注 4 に規定する歯科診療特別対応加算 1、2
又は 3 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）、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期等口
腔機能管理料（Ⅳ）のいずれかを算定した患者の数

年 月 ～ 年 月	_____ 名	月平均 _____ 名
-----------	---------	-------------

（６）回復期等口腔機能管理計画策定料、回復期等口腔機能管理料のいずれか
を算定した患者の数

年 月 ～ 年 月	_____ 名	月平均 _____ 名
-----------	---------	-------------

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

(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○）

(3) 当該保険医療機関の保有する機器について

※ 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)

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

※4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

(５については、歯科外来診療感染対策加算４の施設基準に係る報告を行う場合に記入すること。)

５ 感染経路別予防策及び新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講歴の有無

１年以内に感染経路別予防策（个人防护具の着脱法等を含む。）及び最新の新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講している。	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

※１年以内の受講を確認できるものを保管すること。

※歯科外来診療感染対策加算４の施設基準に係る届出を行っていない場合は記入不要。

[記載上の注意]

１. 「２の（１）」については、届出前１か月間の数値を用いること。
２. 「２の（２）」については、届出前１年間の数値を用いること。
３. 「２の（３）、（４）及び（５）並びに３の（２）」については、届出前３か月間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。
５. 「３の（２）」について、実績がない場合は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の８月に当該様式により実績について報告すること。