

〔 歯科画像診断管理加算 1
歯科画像診断管理加算 2 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の保険医療機関内の所属部署等		
2 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名等（複数記入可）（1名以上）		
常勤歯科医師の氏名	勤務時間	経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日 年 月 日		
4 歯科用3次元エックス線断層撮影、コンピューター断層診断（歯科疾患に係るものに限る。）に係る事項		
当該保険医療機関における実施件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の下に画像診断の管理を行った件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師が読影及び診断を翌診療日までにを行った件数
① 件	② 件	③ 件
<p style="text-align: center;">読影結果が翌診療日までに読影されている率 = _____ %</p> <p style="text-align: center;">(③／①×100)</p>		
5 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有・無

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の常勤歯科医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 3 歯科画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「4」は記載する必要はないこと。