

様式 17

齢科治療時医療管理料  
 在宅患者歯科治療時医療管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 届出を行う施設基準（該当する施設基準に○をつけること。）

歯科治療時医療管理料
在宅患者歯科治療時医療管理料

- 2 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

- 3 歯科衛生士等の氏名等(常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと)

職種等	常勤換算 人数	氏 名
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人

- 4 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）との連絡調整を担当する者（主として担当する者1名を記載）

氏 名	職 種 等

- 5 緊急時の連携保険医療機関（病院である保険医療機関を記載すること。）

名 称	
所在地	
緊急時の連絡方法・連絡体制	

- 6 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数（セット数）
経皮的動脈血酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素供給装置		
救急蘇生セット		