

様式 4

歯科外来診療環境体制加算 1
歯科外来診療環境体制加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

届出を行う施設基準（該当するものに○を付けること）

| | |
|--|------------------------------------|
| | 歯科外来診療環境体制加算 1（1 から 4 までの項目について記載） |
| | 歯科外来診療環境体制加算 2（全ての項目を記載） |

1 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

| 受講者名 （常勤歯科医師名） | 講習名（テーマ） | 受講年月日 | 当該講習会の主催者 |
|-------------------|----------|-------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※ 研修の受講を確認できる文書を添付すること。

2 歯科医師、歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

| 歯科医師氏名（常勤・非常勤） | 歯科衛生士氏名（常勤・非常勤） |
|----------------|-----------------|
| 1.（常勤・非常勤） | 1.（常勤・非常勤） |
| 2.（常勤・非常勤） | 2.（常勤・非常勤） |

3 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） |
|-----------------------------|------------|----------|
| 自動体外式除細動器（AED） | | |
| 経皮的酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター） | | |
| 酸素 | | |
| 血圧計 | | |
| 救急蘇生キット | | |
| 歯科用吸引装置 | | |
| その他 | | |

4 緊急時の連携保険医療機関

| | |
|----------|----------|
| 医療機関の名称： | 担 当 医 名： |
| 所 在 地： | 連 絡 方 法： |
| 開 設 者 名： | 搬 送 方 法： |

5 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

| | |
|------------------------|------------|
| 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | 受理番号：（病初診） |
| 安全管理の体制確保のための委員会の開催状況 | |
| 委員会の開催回数 | 回／月 |
| 委員会の構成メンバー | |
| 安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況 | 年 回 |
| 研修の主な内容等 | |