

様式 75 の 2

歯科麻酔管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| 歯科麻酔について 2 年以上の経験を有するとともに全身麻酔を 200 症例以上及び静脈内鎮静法を 50 症例以上の経験を有する常勤の歯科医師の氏名等 | | | | |
|--|------|------|----------------|------------------|
| 常勤歯科医師の氏名 | 勤務時間 | 経験年数 | 全身麻酔の 経験症例数 | 静脈内鎮静法の 経験症例数 |
| | 時間 | 年 | 例 | 例 |
| | 時間 | 年 | 例 | 例 |
| | 時間 | 年 | 例 | 例 |

[記載上の注意]

- 1 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 当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 又はこれに準じた様式（経験症例数が分かるもの）により添付すること。
- 3 歯科麻酔管理料を算定するすべての常勤歯科医師について記載すること。