

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

|   |                 |
|---|-----------------|
| 1. 歯科訪問診療の実績（直近の1年間の実績）   |                 |
| 歯科訪問診療料を算定した人数  | _____人          |
| 歯科訪問診療料を算定した回数  | _____回          |
| 2. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等   |                 |
| 受講歯科医師名(複数の場合は全員)   |                 |
| 研 修 名   |                 |
| 受 講 年 月 日   |                 |
| 研 修 の 主 催 者   |                 |
| 講 習 の 内 容 等   |                 |
| <p>※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。</p> <p>※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。</p>       |                 |
| 3. 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）  |                 |
| 氏 名   | 常勤／非常勤          |
| 1)  | 常勤／非常勤          |
| 2)  | 常勤／非常勤          |
| 3)  | 常勤／非常勤          |
| 4. 迅速に対応できる体制に係る事項  |                 |
| (1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制   | __名で担当、交代制(有・無) |
| ・ 担当者の氏名及び職種  | ・ 連絡方法・連絡先      |
| (2)歯科訪問診療体制:対応体制  | __名で担当、交代制(有・無) |
| ・ 担当医の氏名  |                 |
| 5. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関   |                 |
| (1) 医療機関の名称   | (3) 担当医の氏名      |
| (2) 開設者名  | (4) 連絡先         |
| 6. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者  |                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 氏名、連絡先</li> <li>・ 資格、主な業務内容</li> </ul> |                 |
| 7. 後方支援医療機関(歯科医療機関)   |                 |
| (1) 医療機関の名称   |                 |
| (2) 開設者名  | (4) 担当医の氏名      |
| (3) 所在地   | (5) 連絡先         |