様式18の２

在宅療養支援歯科診療所１又は２の施設基準に係る報告書

保険医療機関コード：

保険医療機関名：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **歯科訪問診療の実施状況について**１)　歯科訪問診療の割合(直近１月間の実績)歯科訪問診療料を算定した人数　　　　　　　　　　　①　　　　　　　人外来で歯科診療を提供した人数　　　　　　　　　　　②　　　　　　　人※　①については、歯科訪問診療料（歯科訪問診療１、２若しくは３又は歯科訪問診療料の注13「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」）を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。※　②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。歯科訪問診療を提供した患者数の割合　　　**① / (①+②) ＝**２） 歯科訪問診療の実績（直近３月間）

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科訪問診療１ | ①　　　　　　　　　人 |
| 歯科訪問診療２ | ②　　　　　　　　　人 |
| 歯科訪問診療３ | ③　　　　　　　　　人 |

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。歯科訪問診療のうち歯科訪問診療１を算定する患者の割合　　**① / （①+②+③） ＝**※　歯科訪問診療１には歯科訪問診療料の注13「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療１に相当する診療を行った患者数を含む。※　歯科訪問診療２には歯科訪問診療料の注13「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療１に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。３）　歯科疾患在宅療養管理料の直近３月間の実績　　　　　　　　　　　　　　　　人　 ※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。 |

○本報告にあたっての留意事項

１　本報告は、「在宅療養支援歯科診療所１又は２」の届出を行っている保険医療機関が対象となります。

２　　「歯科訪問診療料の注１３に規定する基準」のみ届出を行っている保険医療機関については、本報告は必要ありません。