

令和5年7月

保険医療機関（歯科） 開設者 様

九州厚生局

施設基準の届出の確認について

社会保険医療行政の推進につきましては、平素から格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、施設基準の届出を行った保険医療機関は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日付保医発0304第2号）及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日付保医発0304第3号）に基づき、毎年7月1日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告することとされているところです。

つきましては、7月1日現在で貴院が届け出ている施設基準について、要件を満たしているか、下記の手順により貴院で自己点検を行い、要件を満たしていないものがある場合は別添1をご提出ください。

また、通知により施設基準ごとに定められている報告等については、別添1の「総括表」及び「報告様式」にそれぞれ必要事項をご記入いただき、提出する書類について、別添1「総括表」のフローチャートにてご確認の上、ご提出くださいますようお願いいたします。

記

1 施設基準の確認手順等について

（1）施設基準の要件の確認

- ① 7月1日現在で貴院が届け出ている施設基準について、要件を満たしているか 自己点検してください。

なお、点検にあたっては、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い」（※1）も要件確認の参考としてください。

- ② 貴院が届け出ている施設基準が不明の場合は、九州厚生局のホームページ（※2）をご参照ください。

（2）施設基準の要件を確認した結果

自己点検を行った結果、

＜すべて要件を満たしている場合＞

- ① 通知により施設基準ごとに定められている報告等（「報告様式」No. 1～6）に該当がある場合は、別添1の「ア」にをして、ご提出ください。
- ② 通知により施設基準ごとに定められている報告等（「報告様式」No. 1～6）に該当がない場合は、別添1の提出は不要です。

<要件を満たしていないものがある場合>

- ③ 別添1の「イ」に☑をして、「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当該施設基準名をご記入の上、施設基準の「辞退届」(※3)と併せてご提出ください。

(3) 提出期限

令和5年8月1日(火)までにご提出ください。(郵送必着)

九州厚生局公式ホームページ (<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>)

※1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い」

[知りたい分野から探す](#) > [保険医療機関、保険医等](#) > [施設基準の届出状況等の報告\(定例報告\)](#) > [「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて\(施設基準関係抜粋\)」等](#)

※2 届け出ている施設基準の確認

[知りたい分野から探す](#) > [保険医療機関、保険医等](#) > [保険医療機関等の情報を知りたい方へ](#) > [保険医療機関・保険薬局・指定訪問看護事業所・はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の受領委任取扱い施術所の管内指定状況及び届出受理状況について](#) > [「届出受理医療機関名簿\(全体版\)」](#)

※3 辞退届のダウンロード

[知りたい分野から探す](#) > [保険医療機関、保険医等](#) > [保険医療機関・保険薬局の方へ](#) > [届出様式等](#) > [令和4年度診療報酬改定に係る施設基準の届出等](#) > [「施設基準に係る辞退届」](#)

2 届出が不要となっている施設基準の要件の確認について

届出が不要となっている下記の施設基準について、診療報酬を算定している場合は、要件を満たしているか、貴院で自己点検してください。

なお、要件を満たしていない場合は診療報酬を算定できませんのでご注意ください。

(届出が不要となっている施設基準の例)

※ 届出が不要となっている施設基準のみ要件を満たさない場合は、上記1(2)②の報告は不要です。

・明細書発行体制等加算

・医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6(歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。)に掲げる手術

【お問い合わせ・提出先】

九州厚生局各県事務所(福岡県は指導監査課)

1 施設基準の届出状況等の確認にあたって

(1) 施設基準の届出内容に変更がある場合は、届出が必要です。

- ① 施設基準の届出受理後に、届出内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、遅滞なく届出を行う必要があります。(一時的な変動に該当する場合等を除く。)
- ② 平成30年度の診療報酬改定から、従事者等に変更があっても、施設基準を満たしている場合には変更の届出が不要となりました。
ただし、神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算1、2及び3、歯科画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料(I)、歯科麻酔管理料、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について、届け出ている医師に変更があった場合等、その都度届出を行う必要があります。
- ③ CAD/CAM装置(連携する歯科技工所が使用する装置を含む。)の変更、連携している歯科技工所の追加等変更の届は令和2年5月7日付け事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その9)」により届出不要となりました。ただし、保険医療機関において、使用するCAD/CAM装置について、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく届出が行われている機器であること、CAD/CAM冠用材料との互換性が制限されない機器であること等について自院で確認する必要があります。

(2) 保険外併用療養費に変更がある場合は、新たに報告が必要です。

保険外併用療養費を徴収している保険医療機関は徴収を始める際に報告が必要ですが、金額等の届出事項に変更がある場合にも報告が必要ですので、変更の都度、今回の定例報告とは別に報告をお願いします。

また、保険外併用療養費の支給対象となる治験(医薬品又は医療機器)を実施した保険医療機関は、定例報告と併せて報告が必要です。

(3) 施設基準に該当しなくなった場合は、届出が必要です。

施設基準に該当しなくなった場合は、速やかに「辞退届」の提出をお願いします。

(4) 保険医の異動がある場合は、届出が必要です。

保険医療機関に勤務する保険医について、①雇用、②退職、③常勤・非常勤の変更があった場合は、保険医療機関の指定に係る「届出事項変更(異動)届」の「保険医又は保険薬剤師」欄に必要事項を記載のうえ、速やかに提出をお願いします。

2 報告書作成及び提出にあたって

(1) 様式は必ず令和5年度版を使用してください。

なお、今年度より各様式への押印は不要となりました。

また、「令和5年度定例報告に係るFAQ(よくある質問)」も掲載しておりますので、書類作成時の参考等にご活用ください。

(2) 記載上の注意について

各様式中の「保険医療機関コード」及び「保険医療機関番号」欄は、以下のとおり記載してください。

「保険医療機関コード」の場合・・・7桁の指定通知書の番号

「保険医療機関番号」の場合・・・先頭に下記の『各県の番号(2桁)』を付けて指定通知書の番号(合計9桁)

『各県の番号』 福岡県：40 佐賀県：41 長崎県：42 熊本県：43
大分県：44 宮崎県：45 鹿児島県：46 沖縄県：47

(3) 提出方法について

郵送または電子申請による提出について特段のご理解・ご協力をいただきますようお願いいたします。

(4) ご不明な点につきましては、九州厚生局各県事務所(福岡県は指導監査課)までお問い合わせください。

施設基準の届出の確認について(報告)

令和 年 月 日

九州厚生局長 殿

保険医療機関コード: _____

保険医療機関 所在地
 名称
 開設者
 書類作成担当者 所属
 氏 名 (Tel: - -)

※押印は不要です。

7月1日現在、当院が届出ている全ての施設基準について要件を満たしているか確認しましたので、次のとおり報告します。

<ア、イのいずれかに必ずチェックを入れてください>

ア: 届け出ている施設基準の全てについて、要件を満たしています。

イ: 次の施設基準については要件を満たしていません。なお、それ以外の施設基準については要件を満たしています。

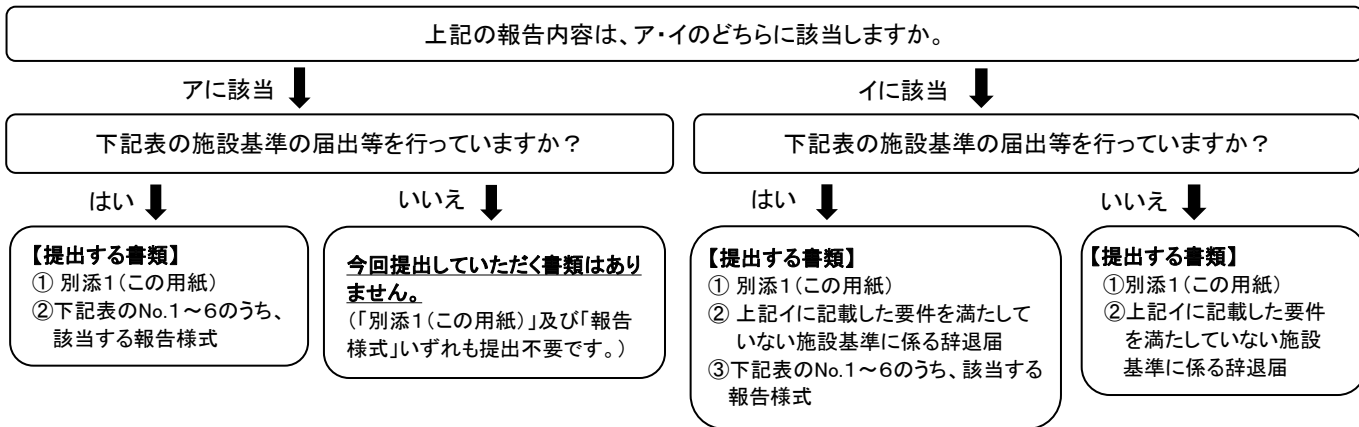
要件を満たしていない施設基準:

※記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。

【総括表】

- 下記表のNo.1～3の様式は、届出状況等の実態把握のために必要となる報告です。また、No.4～6の様式は、通知によって「年1回」、又は「毎年7月」に報告することとされているものです。
- 別添1(この用紙)と「報告様式」は、状況に応じ併せて提出していただく場合があります。なお、提出する書類の組み合わせについては、下記のフローチャートにてご確認ください。
- 下記表に掲載している施設基準の届出等を行っている場合は、No.1～6のうち、提出する様式のチェック欄に「」をつけてください。なお、該当がない場合や、今回の自己点検により要件を満たしていないことが判明し、辞退届を提出する施設基準等の報告様式については提出は不要です。

<提出する書類の確認>(フローチャート)



No.	様式番号	名称	提出書類のチェック
1	別紙様式4-2	特別の療養環境の提供(外来医療に係るもの)に係る届出状況報告書 (注)特別な料金の徴収がある診察室がある場合の報告)	<input type="checkbox"/>
2	別紙様式5	選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書(歯科) (注)全ての項目について診療実績がない場合は提出不要です。	<input type="checkbox"/>
3	別紙様式12	費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書 (注)「正当な理由」について届出をしていない(明細書を無料で交付している)場合は提出不要です。	<input type="checkbox"/>
4	(基)様式2の7	歯科点数表の初診料の注1の施設基準に係る報告書	<input type="checkbox"/>
5	(基)様式3	地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書	<input type="checkbox"/>
6	(特)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	<input type="checkbox"/>

(別紙様式4-2)

特別の療養環境の提供（**外来**医療に係るもの）に係る届出状況報告書（令和5年7月1日現在）

都道府県名

医療機関コード

保険医療機関名

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

開設者 番号	<input type="checkbox"/> ① 厚生労働省	<input type="checkbox"/> ② 国立病院機構	<input type="checkbox"/> ③ 国立大学法人	<input type="checkbox"/> ④ 労働者健康 安全機構	<input type="checkbox"/> ⑤ 地域医療機能 推進機構	<input type="checkbox"/> ⑥ その他(国)	<input type="checkbox"/> ⑦ 都道府県
	<input type="checkbox"/> ⑧ 市町村	<input type="checkbox"/> ⑨ 地方独立行政 法人	<input type="checkbox"/> ⑩ 日赤	<input type="checkbox"/> ⑪ 済生会	<input type="checkbox"/> ⑫ 北海道社会 事業協会	<input type="checkbox"/> ⑬ 厚生連	<input type="checkbox"/> ⑭ 国民健康保険 団体連合会
	<input type="checkbox"/> ⑮ 健康保険組合 及びその連合会	<input type="checkbox"/> ⑯ 共済組合及び その連合会	<input type="checkbox"/> ⑰ 国民健康保険 組合	<input type="checkbox"/> ⑱ 公益法人	<input type="checkbox"/> ⑲ 医療法人	<input type="checkbox"/> ⑳ 学校法人	<input type="checkbox"/> ㉑ 社会福祉法人
	<input type="checkbox"/> ㉒ 医療生協	<input type="checkbox"/> ㉓ 会社	<input type="checkbox"/> ㉔ その他の法人	<input type="checkbox"/> ㉕ 個人			

費用徴収を行うこととしている 診察室 数（消費税を含む1日当たり金額階級別）												
1,100円 以下	1,101円 ～ 2,200円	2,201円 ～ 3,300円	3,301円 ～ 4,400円	4,401円 ～ 5,500円	5,501円 ～ 8,800円	8,801円 ～ 11,000円	11,001円 ～ 16,500円	16,501円 ～ 33,000円	33,001円 ～ 55,000円	55,001円 ～ 110,000円	110,001円 以上	合計
室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室

※入院医療に係るものは別紙様式4-1に記載すること。

備考	費用徴収を行うこととしている金額のうち最小の料金	_____円（消費税含む。）
	費用徴収を行うこととしている金額のうち最大の料金	_____円（消費税含む。）

〔記載上の注意〕

- この調査は、毎年7月1日現在における診察室数の状況を記載すること。（費用徴収を行うこととしている診察室がない場合は報告不要）
- 「経営主体の分類」欄は、該当する番号に☑を記入すること。
- 特別の療養環境の提供（外来医療に係るもの）に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書 (歯科)

都道府県名

※ 休止の届出がされている場合は、当該報告書の提出は不要です。

Table with 2 columns: 医療機関コード (レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。), 保険医療機関の名称

〔記載上の注意事項〕

- 1 新型コロナウイルス感染症の影響にかかわらず、前年7月1日から当年6月30日までの間の診療実績に基づき、記載すること。
2 期間内に①及び②の全項目について診療実績がない場合は、本報告書の提出は必要ないこと。
3 期間内にいずれかの項目の診療実績がある場合は、診療実績欄の「有」に☑の上、当該保険医療機関において実施した項目の金額又は人数のみ記載すること。①について各項目の価格を事前に報告している場合においても、診療実績がない項目には診療実績欄の「無」に☑の上、金額は記載しないこと。
4 各項目の価格に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告をすること。
5 選定療養として地方厚生(支)局長に報告しておらず、一連の診療を全て自由診療とした場合における実績は報告対象としないこと。

【 ① 選定療養の実施状況 】

Table for 1. 金属床総義歯の実施状況. Columns: 金属の種類毎の1床当たりの価格 (白金加金, 金合金, コバルトクロム合金, チタン合金, その他の金属), 診療実績 (有/無), 金額 (消費税を含む)

※ その他の金属欄は商品名ではなく、一般名を記載すること。

Table for 2. う蝕に罹患している患者の指導管理の実施状況. Columns: 継続管理の種類 (フッ化物局所応用, 小窩裂溝填塞), 診療実績 (有/無), 金額 (消費税を含む)

※ 選定療養として地方厚生(支)局長に報告し実施したものであること。

Table for 3. 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給の実施状況. Columns: 金合金(1歯につき), 白金加金(1歯につき), 診療実績 (有/無), 金額 (消費税を含む)

※ 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金とは、金属歯冠修復であって、その金属としては金合金又は白金加金を用いたものであること。なお、硬質レジン前装冠に用いる金合金又は白金加金は対象としないこと。

【 ② 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料の算定状況 】

Table for ②. Columns: 算定実績 (有/無), 歯科衛生士数(実数) (常勤, 非常勤)

- ※ 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料のいずれかを算定した実績がある場合は、令和5年7月1日時点の常勤・非常勤それぞれの歯科衛生士数を記載すること。
※ 実績がない場合は算定実績欄の「無」に☑の上、歯科衛生士数は記載しないこと。
※ 令和5年7月1日時点で歯科衛生士数が0人であっても、前年7月1日から当年6月30日までの間に診療実績がある場合は、算定実績欄の「有」に☑の上、歯科衛生士数を0人と記載すること。

(別紙様式 12)

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

(令和5年7月1日現在)

都道府県名

医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の 数字を記載すること。	
保険医療機関の名称	
医科・歯科の別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科
明細書を無料で 交付していない患者 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 全ての患者 <input type="checkbox"/> 2. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している <input type="checkbox"/> 2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要
レセプトコンピュータ 又は 自動入金機の改修時期	改修予定年月を1に記載し、()内のいずれかに☑をすること。未定の場合は2に記載すること。 1. 令和 年 月 (<input type="checkbox"/> レセプトコンピュータ <input type="checkbox"/> 自動入金機) 2. 令和 年第 四半期目途
明細書の交付の際に 徴収している金額	円

※ 本報告は、令和5年7月1日時点で保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）に基づく明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届け出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない（明細書を無料で交付している）保険医療機関については、本報告の必要はない。

様式 2 の 7

歯科点数表の初診料の注 1 の施設基準に係る報告書（7月報告）

保険医療機関コード： _____

保険医療機関名： _____

1 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に○）

	概 要
1日平均患者数 （届出前3ヶ月間）	1. 10人未満 2. 10人以上20人未満 3. 20人以上30人未満 4. 30人以上40人未満 5. 40人以上50人未満 6. 50人以上
滅菌体制 （該当する番号に○）	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌（業者名： _____）
「1. 診療室内に設置した滅菌器を使用」に該当する場合は以下について記載	
滅菌の体制について （1日あたりの滅菌の実施回数）	1. 1日1回 2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満 4. 1日5回以上

2 当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース （歯科診療室用機器に限る）	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の機器の保有数の合計を記載すること。歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース

3 常勤歯科医師の院内感染防止対策（標準予防策及び**新興感染症に対する対策**）に関する研修の受講歴等（4年以内の受講について記入すること）

受講者名 （常勤歯科医師名）	研修名 （テーマ）	受講年月日	当該研修会の主催者

※4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

4 当該保険医療機関における院内研修の実施状況（該当する□に「✓」を記入）

受講すべき職員がいない（雇用している職員がいない場合を含む）

職員に対する院内研修を実施した（実施内容等を下表に記入。複数選択可。）

方法	<input type="checkbox"/> 院内研修を実施	<input type="checkbox"/> 院外研修を受講
内容	<input type="checkbox"/> 標準予防策 <input type="checkbox"/> 新興感染症に対する対策 <input type="checkbox"/> 医療機器の洗浄・消毒・滅菌 <input type="checkbox"/> 職業感染防止 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	<input type="checkbox"/> 環境整備 <input type="checkbox"/> 手指衛生 <input type="checkbox"/> 感染性廃棄物の処理

様式 3

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書

保険医療機関コード： _____

保険医療機関名： _____

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

	常勤歯科医師数	看護職員数	歯科衛生士数
年 月	名	名	名

2 次の(1)～(5)のうち、該当するものに記入すること。

(1) 紹介率

年・月	初診の患者 の数①	文書により紹介され た患者の数②	紹介率 (= $\frac{②}{①} \times 100$) %
年 月	名	名	_____ %

(2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 _____ 件

歯科点数表 区分	件数	歯科点数表 区分	件数	歯科点数表 区分	件数
JO13の4	件	JO39	件	JO72	件
JO16	件	JO42	件	JO72-2	件
JO18	件	JO43	件	JO75	件
JO31	件	JO66	件	JO76	件
JO32	件	JO68	件	JO87	件
JO35	件	JO69	件		
JO36	件	JO70	件		

(3) 別の保険医療機関において基本診療料に係る歯科診療特別対応加算及び
歯科訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受
け、外来診療を行った患者の数

年 月 ~ 年 月	歯科診療特別対応加算 _____ 名
	歯科訪問診療料 _____ 名
	月平均 _____ 名

(4) 基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数

年 月 ~ 年 月	_____ 名	月平均 _____ 名
-----------	---------	-------------

(5) 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周
術期等口腔機能管理料（Ⅱ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいづれ
かを算定した患者の数

年 月 ~ 年 月	_____ 名	月平均 _____ 名
-----------	---------	-------------

3 院内感染防止対策の状況

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

		概 要	
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌 (業者名:)		
1. に該当する場合は以下の事項について記載			
滅菌器	医療機器認証番号		
	製品名		
	製造販売業者名		
滅菌の実施回数	1. 1日1回 3. 1日3回以上5回未満	2. 1日2回 4. 1日5回以上	

(2) 当該保険医療機関の平均患者数の実績 (該当する番号に○)

		概 要	
1日平均患者数	1. 10人未満 3. 20人以上30人未満 5. 40人以上50人未満	2. 10人以上20人未満 4. 30人以上40人未満 6. 50人以上	

(3) 当該保険医療機関の保有する機器について

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の医療機器の保有数の合計を記載すること。
(歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース)

4 常勤歯科医師の院内感染防止対策(標準予防策及び新興感染症に対する対策)に関する研修の受講歴等

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

【記載上の注意】

- 「2の(1)」については、届出前1か月間の数値を用いること。
- 「2の(2)」については、届出前1年間の数値を用いること。
- 「2の(3)、(4)及び(5)並びに3の(2)」については、届出前3か月間の数値を用いること。
- 「2の(1)、(2)、(3)又は(4)」に該当する場合は常勤歯科医師数2名以上、「2の(5)」に該当する場合は、常勤歯科医師数1名以上であること。
- 「3の(2)」について、実績がない場合は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の7月に当該様式により実績について報告すること。
- 4については、4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

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。