

周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料の算定状況報告書

都道府県名 _____

保険医療機関コード ※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		
保険医療機関の種別 (該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 1. 病院 <input type="checkbox"/> 2. 診療所
算定状況	周術期口腔機能管理計画策定料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	周術期口腔機能管理料 (I)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	周術期口腔機能管理料 (II)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	周術期口腔機能管理料 (III)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

〔記載上の注意〕

- 1 本報告は、前年7月1日から当年6月30日の間の算定の有無を報告すること。
- 2 当該期間内に周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料について、算定の実績がない保険医療機関報告の必要はない。