

(別紙様式 18)

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☑)		☐ 1. 病院 ☐ 2. 診療所
算 定 状 況	周術期口腔機能管理計画 策定料	☐ 有 ☐ 無
	周術期口腔機能管理料 (Ⅰ)	☐ 有 ☐ 無
	周術期口腔機能管理料 (Ⅱ)	☐ 有 ☐ 無
	周術期口腔機能管理料 (Ⅲ)	☐ 有 ☐ 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。