

様式 17

〔 歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）・（Ⅱ）  
在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）・（Ⅱ） 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	役職	経験年数

2 歯科衛生士等の氏名等（常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと）

職種等	氏名
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	

3 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあつては医科診療科）との連絡調整を担当する者（主として担当する者1名を記載）

氏名	職種等

4 緊急時の連携保険医療機関

① 名称	
② 所在地	
③ 緊急時の連絡方法・連絡体制	

5 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数 （セット数）
経皮的酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター）		
酸素供給装置		
救急蘇生キット		