

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

保険医療機関名称 : \_\_\_\_\_

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。)

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

年 月	常勤歯科医師数 名	看護職員数 名	歯科衛生士数 名
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
J013の4	件	J039	件	J072	件
J016	件	J042	件	J072-2	件
J018	件	J043	件	J075	件
J031	件	J066	件	J076	件
J032	件	J068	件	J087	件
J035	件	J069	件		
J036	件	J070	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）のいずれか  
を算定した患者の数

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

