

口腔機能実地指導料の 施設基準に係る届出書添付書類

1. 口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症（入院患者や在宅・施設療養患者への対応を含むものであること。）の実地指導に係る研修を受講した歯科衛生士が1名以上配置されていること。

受講者 1	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
受講者 2	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
受講者 3	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
受講者 4	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
受講者 5	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	

※研修の受講を確認できるものを保管すること

2. 歯科用ユニットを複数設置している等、口腔機能の指導が専念できる設備を有していること。

歯科用ユニット数の保有数	台
--------------	---

3. 口腔機能実地指導を行う歯科衛生士の処遇の改善に係る取組を行っていること。（該当する項目に記載。）

当該加算が連携する歯科衛生士への手当や福利厚生等に活用されている	1：満たしている 2：満たしていない
当該加算が歯科衛生士の勤務環境の改善等に活用されている	1：満たしている 2：満たしていない
その他行っている取組	