

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 に係る届出書添付書類

1 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績等

(1) 次の算定実績があること(届出前1年間の実績)

| | |
|---|---|
| ① 歯周病安定期治療(I)、歯周病安定期治療(II)の算定回数 | 回 |
| ② フッ化物歯面塗布処置、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数 | 回 |

(2) クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

2 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

3 歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績(届出前1年間)

| | |
|--|---|
| ① 歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2の算定回数 | 回 |
| ② 歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2に依頼した回数 | 回 |
| 合 計 | 回 |

4 他の保険医療機関との連携の実績(届出前1年間)

| | |
|-------------------|---|
| ① 診療情報提供料(I)の算定回数 | 回 |
| ② 診療情報連携共有料の算定回数 | 回 |
| 合 計 | 回 |

5 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等

| | |
|---------|--|
| 受講歯科医師名 | |
| 研 修 名 | |
| 受講年月日 | |
| 研修の主催者 | |
| 講習の内容等 | |

※上記の内容を満たしていれば、研修会の修了証の写しの添付でも可とする。

※歯科疾患の継続管理に関する研修、高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等を含むこと。

6 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

| 勤務形態 | 職種 | 氏名 |
|--------|------------|----|
| 常勤／非常勤 | 歯科医師／歯科衛生士 | |

7 緊急時の連携保険医療機関

| | |
|-----------|--|
| 医療機関の名称 | |
| 所在地 | |
| 緊急時の連絡方法等 | |

8 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

| | |
|--------------------|--|
| 歯科訪問診療を行う 歯科医師名 | |
| 診療可能日 | |

9 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

| | | |
|---|-------------------|--------------|
| ① 居宅療養管理指導の提供実績 | (実施回数) | 回 |
| ② 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は 2 | (算定回数) | 回 |
| ③ 歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算 | (算定回数) | 回 |
| ④ 退院時共同指導料、退院時在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料 | (算定回数) | 回 |
| ⑤ 地域ケア会議の出席 | (会議名) (直近の出席日) | 年 月 日 |
| ⑥ 在宅医療に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への出席 | (会議名) (直近の出席日) | 年 月 日 |
| ⑦ 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講 | (研修名) | |
| ⑧ 在宅医療・介護等に関する研修を受講 | (研修名) | |
| ⑨ 学校歯科医等に就任 | (学校等の名称) | |
| ⑩ 介護認定審査会の委員の経験 | (在任期間) | 年 月 ～ 年 月 |
| ⑪ 自治体を実施する歯科保健に係る事業への協力 | (事業名) (実施日) | 年 月 日 |

※ 1 5に記載する歯科医師の実績について記載すること。

※ 2 ※ 1に該当する歯科医師が複数名配置されている場合は、そのうち、いずれか1名について記載すること。

※ 3 ①から④までについては、過去1年間の実績を記載すること。

※ 4 ⑦、⑧については、内容が確認できる研修会の修了証の写しを添付すること。

10 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) |
|--------------------------------|------------|--------------|
| 自動体外式除細動器 (AED) | | |
| 経皮的動脈血酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター) | | |
| 酸素供給装置 | | |
| 血圧計 | | |
| 救急蘇生キット | | |
| 歯科用吸引装置 | | |