

在宅療養支援歯科診療所1又は2の施設基準に係る届出書添付書類  
届出を行う施設基準(該当するものに○をつけること)

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
|  | 在宅療養支援歯科診療所1 (全ての項目について記載すること)  |
|  | 在宅療養支援歯科診療所2 (7以外の項目について記載すること) |

| <p>1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数                    ① _____人</p> <p>外来で歯科診療を提供した人数                    ② _____人</p> <p>※①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療1、2若しくは3又は歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の延べ人数を記載すること。</p> <p>※②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の延べ人数を記載すること。</p> <p>歯科訪問診療を提供した患者数の割合    ①/(①+②)= _____ …(A)</p>  |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
|---|--------|-------------------|--------|-------|--------|-----------|--------|-------------|--------|-------------|--|
| <p>2. 歯科訪問診療の実績(届出前1年間の実績)</p> <p>歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2の算定回数                    _____回</p> <p>※ 歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」のうち、歯科訪問診療1又は2に相当する診療を含めた、算定回数を記載すること。</p>   |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| <p>3. 高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講歴等</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">受講歯科医師名(複数の場合は全員)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">研 修 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>受 講 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>研 修 の 主 催 者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>講 習 の 内 容 等</td> <td></td> </tr> </table> <p>※ 高齢者の心身の特性(認知症に関する内容を含む。)、高齢者の口腔機能管理、緊急時の対応等に関する内容を含むものであること。</p> <p>※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。</p> |        | 受講歯科医師名(複数の場合は全員) |        | 研 修 名 |        | 受 講 年 月 日 |        | 研 修 の 主 催 者 |        | 講 習 の 内 容 等 |  |
| 受講歯科医師名(複数の場合は全員)   |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 研 修 名   |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 受 講 年 月 日   |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 研 修 の 主 催 者   |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 講 習 の 内 容 等   |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| <p>4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">氏 名</th> <th style="width: 50%;">常勤/非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1)</td> <td>常勤/非常勤</td> </tr> <tr> <td>2)</td> <td>常勤/非常勤</td> </tr> <tr> <td>3)</td> <td>常勤/非常勤</td> </tr> </tbody> </table>   |        | 氏 名               | 常勤/非常勤 | 1)    | 常勤/非常勤 | 2)        | 常勤/非常勤 | 3)          | 常勤/非常勤 |             |  |
| 氏 名   | 常勤/非常勤 |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 1)  | 常勤/非常勤 |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 2)  | 常勤/非常勤 |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 3)  | 常勤/非常勤 |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| <p>5. 迅速に対応できる体制に係る事項</p> <p>(1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制                    ___名で担当</p> <p>    ・ 担当者の氏名及び職種</p> <p>(2)歯科訪問診療体制:対応体制                    ___名で担当</p> <p>    ・ 担当医の氏名</p>  |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |

6. 在宅医療を担う他の保険医療機関等からの歯科訪問診療の依頼実績(届出前1年間の実績)

| 依頼元(施設名等) | 回数 | 依頼元(施設名等) | 回数 |
|-----------|----|-----------|----|
|           | 回  |           | 回  |
|           | 回  |           | 回  |
|           | 回  |           | 回  |

合計 件

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績

① 次のうち該当する項目に記載すること。

|  |           |
|--|-----------|
| 地域ケア会議、在宅医療・介護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に年1回以上の出席 | (会議等の名称)  |
| 病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実績又は口腔管理への協力(届出前1年間)            | (協力施設名)   |
| 歯科訪問診療に関する他の保険医療機関との連携実績(年1回)                                    | (保険医療機関名) |

② 次のうち該当する項目に、算定回数(届出前1年間)を記載すること。

|                          |   |
|--------------------------|---|
| 栄養サポートチーム等連携加算1          | 回 |
| 栄養サポートチーム等連携加算2          | 回 |
| 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料   | 回 |
| 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 | 回 |
| 退院時共同指導料1                | 回 |
| 退院前在宅療養指導管理料             | 回 |
| 在宅患者連携指導料                | 回 |
| 在宅患者緊急時等カンファレンス料         | 回 |

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の医療機関(歯科医療機関)

- (1) 医療機関の名称
- (2) 所在地
- (3) 連絡先

以下、9～13については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

| 保険医療機関名 | 備考 |
|---------|----|
| 1)      |    |
| 2)      |    |
| 3)      |    |
| 4)      |    |
| 5)      |    |

10. 歯科訪問診療料の算定実績（届出前3月間の実績）

|         |   |   |
|---------|---|---|
| 歯科訪問診療1 | ① | 人 |
| 歯科訪問診療2 | ② | 人 |
| 歯科訪問診療3 | ③ | 人 |

歯科訪問診療1の算定割合：①／(①＋②＋③)＝ \_\_\_\_\_

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

※ 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※ 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

11. 在宅医療に係る経験を有する歯科医師の氏名等

| 歯科医師の氏名 | 経験年数 |
|---------|------|
|         |      |
|         |      |
|         |      |
|         |      |

12. 当該施設基準に係る必要な機器の一覧(製品名等)

| 機器の種類           | 概 要      |  |
|-----------------|----------|--|
| ①ポータブル<br>ユニット  | 医療機器認証番号 |  |
|                 | 製品名      |  |
|                 | 製造販売業者名  |  |
| ②ポータブル<br>バキューム | 医療機器認証番号 |  |
|                 | 製品名      |  |
|                 | 製造販売業者名  |  |
| ③ポータブル<br>レントゲン | 医療機器認証番号 |  |
|                 | 製品名      |  |
|                 | 製造販売業者名  |  |
| [備考]            |          |  |

※①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療における処置等の算定実績（届出前1年間の実績）

|                      |   |         |   |
|----------------------|---|---------|---|
| ①抜髄                  | 回 | ②感染根管処置 | 回 |
| ③ ①及び②の合計(③＝①＋②)     | 回 | ④抜歯手術   | 回 |
| ⑤有床義歯の新製             | 回 | ⑥有床義歯修理 | 回 |
| ⑦有床義歯内面適合法           | 回 |         |   |
| ⑧ ⑤、⑥及び⑦の合計(⑧＝⑤＋⑥＋⑦) |   |         | 回 |

※回数は延べ算定回数を記載すること。

※③、④が20回以上であること。

※⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※⑧が40回以上であること。