歯科点数表の初診料の注１に係る施設基準に係る届出書添付書類

１　当該保険医療機関の滅菌の体制について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 概　　　　　　要 | | |
| 滅菌体制  （該当する番号に○） | | １．診療室内に設置した滅菌器を使用  ２．中央滅菌部門において滅菌（病院の場合に限る）  ３．外部の業者において滅菌（業者名：　　　　　　　） | | |
| １．に該当する場合は以下の事項について記載 | | | | |
| 滅菌器 | 医療機器届出番号 | |  | |
| 製品名 | |  | |
| 製造販売業者名 | |  | |
| 滅菌器の使用回数 | １．１日１回  ３．１日３回以上５回未満 | | | ２．１日２回  ４．１日５回以上 |

２　当該保険医療機関の平均患者数の実績（該当する番号に○）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 概　　　　　　要 | |
| １日平均患者数  （歯科訪問診療の患者  を含む） | １．１０人未満  ３．２０人以上３０人未満  ５．４０人以上５０人未満 | ２．１０人以上２０人未満  ４．３０人以上４０人未満  ６．５０人以上 |

　※　新規開設のため、実績がない場合は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の８月に当該様式により実績について届出すること。

３　当該保険医療機関の保有する機器について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機器名 | 概　　　　　　要 | |
| 歯科用ハンドピース  （歯科診療室用機器に限る） | 保有数 | 本 |
| 歯科用ユニット数 | 保有数 | 台 |

※　歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称である機器の保有数の合計を記載する

こと。歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアング

ルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース

４　常勤歯科医師の院内感染防止対策（標準予防策及び新興感染症に対する対策）に関する研修の受講歴等（４年以内の受講について記入すること。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講者名  （常勤歯科医師名） | 研修名  （テーマ） | 受講年月日 | 当該研修会の主催者 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　※4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

［記載上の注意］

○　当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。