（別添１）

保険医療機関の現況

１．保険医療機関（歯科）の概要・・・・・・・・・・・・・・・・**＜様式１＞**
２．保険医、歯科衛生士等の概要・・・・・・・・・・・・・・・・**＜様式２＞**
３．医療情報システムの概況等・・・・・・・・・・・・・・・・・**＜様式３＞**
４．患者の受付から会計までの診療業務等の流れ図と診療報酬明
　細書等の作成から審査支払機関に請求するまでの診療報酬請求
　業務の流れ図・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・様式任意
５．歯科訪問診療の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**＜様式４＞**

注１　**様式３**については、電子カルテにより診療を行っている場合にのみ記載し提出願います。
　２　**様式４**については、歯科訪問診療を行っている場合にのみ記載し提出願います。

＜様式１＞

１．保険医療機関（歯科）の概要

必要に応じて該当箇所に○印を付けてください。　　（令和　　年　　月　　日作成）

名　　称			
所 在 地			
電　　話	－　　－	ＦＡＸ	－　　－
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ			
開 設 者		管 理 者	
休 診 日	月・火・水・木・金・土・日・祝・その他（　　）	診療科目	歯科・小児歯科・矯正歯科・歯科口腔外科
標榜時間	（　～　曜）午前　時　分～　　時　分、午後　時　分～午後　時　分 （　～　曜）午前　時　分～　　時　分、午後　時　分～午後　時　分		
予 約 制	有・無・一部（方法：　　）		

届出を行っている施設基準（☑をしてください）

☐	電子的歯科診療情報連携体制整備加算　１・２	☐	歯科技工士連携加算 １・２
☐	初診料（歯科）の注1に掲げる基準	☐	光学印象
☐	歯科外来診療医療安全対策加算　１・２	☐	CAD／CAM冠及びCAD／CAMインレー
☐	歯科外来診療感染対策加算　１・２・３・４	☐	３次元プリント有床義歯
☐	歯科診療特別対応連携加算	☐	歯科技工加算1及び2
☐	初診料の注16及び再診料の注13に掲げる基準	☐	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）
☐	医療機器安全管理料（歯科）		
☐	歯科治療時医療管理料	☐	顎関節人工関節全置換術（歯科）
☐	口腔管理体制強化加算	☐	手術の休日加算1
☐	特別管理加算	☐	手術の時間外加算1
☐	口腔機能実地指導料	☐	手術の深夜加算1
☐	在宅療養支援歯科診療所　１・２	☐	歯周組織再生誘導手術
☐	在宅患者歯科治療時医療管理料	☐	手術時歯根面レーザー応用加算
☐	在宅医療DX情報活用加算	☐	広範囲顎骨支持型装置埋入手術
☐	在宅歯科医療情報連携加算	☐	歯根端切除手術の注3
☐	地域医療連携体制加算	☐	口腔粘膜血管腫凝固術
☐	歯科訪問診療料の注16に規定する基準	☐	レーザー機器加算
☐	有床義歯咀嚼機能検査	☐	歯科麻酔管理料
☐	精密触覚機能検査	☐	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）
☐	睡眠時歯科筋電図検査	☐	口腔病理診断管理加算　１・２
☐	歯科画像診断管理加算　１・２	☐	クラウン・ブリッジ維持管理料
☐	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 １・２・３	☐	歯科矯正診断料
☐	歯科口腔リハビリテーション料2	☐	顎口腔機能診断料
☐	処置の休日加算1	☐	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅰ）の注5
☐	処置の時間外加算1	☐	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）・（Ⅱ）の注5及び注6
☐	処置の深夜加算1	☐	歯科技工所ベースアップ支援料
☐	手術用顕微鏡加算	☐	その他（　　）
☐	口腔粘膜処置	☐	その他（　　）
☐	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	☐	その他（　　）

従事者の状況	歯科医師	名	歯科衛生士	名	歯科技工士	名
	歯科助手	名	事務員	名	その他	名　計　名

歯科衛生実地指導料の算定　有・無	実施状況報告(8/1)　提出・未提出	病床数　床
保険外(自費)診療　名・　万円/月・作成している技工物の名称：		
ユニット台　台・デンタルX線装置　台・パノラマX線装置　台・CT装置　台		
ﾚｾﾌﾟﾄｺﾝﾋﾟｭｰﾀｰ　台	・ｼｽﾃﾑ名称(ｿﾌﾄ名)： ・ﾍﾞﾝﾀﾞｰ名(ｼｽﾃﾑ構築会社)：	

歯冠修復及び欠損補綴物の製作状況

<table>
<tr><td rowspan="3">自　　院
（全部・一部）</td><td>歯科医師</td><td>作成している
技工物の名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>歯科技工士</td><td>作成している
技工物の名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">院内技工士に対する指示録の有無</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
<tr><td rowspan="4">外　　注
（全部・一部）

外注をしている場合、すべての外注先の記載をお願いします。（必要に応じて別紙を作成してください。）</td><td>歯科技工士所名</td><td>所在地</td><td colspan="2">外注している技工物の名称</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>外注の状況</td><td>歯科技工指示書の発行</td><td>有　・　無</td><td>歯科技工指示書の控の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>外注時の歯科技工指示書の内　　容</td><td colspan="4">（歯科技工指示書に記載されている事項について〇印をつけてください）
・ 患者の氏名　　・ 設計　　・ 作成の方法　　・使用材料　　・ 発行年月日
・ 発行した歯科医師の氏名　　・ 当該歯科医師の勤務する病院又は診療所の所在地
・ 歯科技工所の名称　　・ 当該技工所の所在地</td></tr>
</table>

＜様式２＞

２．保険医、歯科衛生士等の概要

（令和　　年　　月　　日現在）

職　種	氏　　名	保険医登録 記号番号	採用年月日	退職年月日	勤務形態	備考（担当業務等）
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	
					常・非	

注１　直近の１年間について記載してください。

２　当該保険医療機関に勤務する歯科医師（管理者を含む）、歯科衛生士、歯科技工士、歯科助手、事務員等、全ての従事者について記載してください。

３　勤務形態に応じ、「常勤・非常勤」のいずれかを〇で囲んでください。

４　保険医以外の方については、「備考」欄に担当業務（「受付事務」、「請求事務」等）を記載してください。

３. 医療情報システムの概況等（歯科）　＜様式３＞

※　様式３には、システム構成図（ネットワーク＋ハード設置状況）、運用概念図（初診から会計までの患者の流れに即したシステムフロー）、運用管理規程及びシステム障害対応マニュアルを添付してください。

※　[□いる　□いない]等該当するものに印：✔又は■を付け、（　）には具体的な取扱状況を記載してください。

システムの名称 （ソフト名）			
システム会社名			
システム管理者	□院長	□院長が指名した者（　　）	□指名していない
医療情報システム 安全管理責任者 （ただし、小規模医療機関等で役割が自明の場合は、明確な規程を定めなくとも良い。）	□院長	□院長が指名した者（　　）	□指名していない
機器管理者	□院長	□院長が指名した者（　　）	□指名していない
運用責任者	□院長	□院長が指名した者（　　）	□指名していない
安全管理者	□院長	□院長が指名した者（　　）	□指名していない
個人情報保護責任者	□院長	□院長が指名した者（　　）	□指名していない
監査責任者	□院長	□院長が指名した者（　　）	□指名していない
電子カルテシステム と連動している システムの名称			
単独運用している システムの名称			

１．導入経過（※医療情報システム関連の沿革について簡潔に記載してください。）

次回システム更新の予定：□あり（具体的時期：　　）　　□未定

２．運用管理規程等

①電子保存に関する運用管理規程について

運用管理規程	□あり（平成・令和　年　　月　　日制定）	□なし
└　直近の改訂時期	□平成　・　令和　　年　　月　　日改訂 改訂の概要：	
└　ガイドラインへの対応状況	□第　　版に対応	□未対応

②個人情報保護に関する方針

個人情報保護に関する方針	□公開している	□公開していない

③技術的安全対策

アクセス権限の設定	□設定している		□設定していない	
代行入力に係る規定	□あり		□なし	
アクセスログ	□記録される		□記録されない	
└　記録される情報について	□ログイン時間	□アクセス時間	□操作した医療情報	
利用する時刻情報	□医療機関内部で同期されている	□標準時刻と定期的に一致	□その他	□いずれもなし
不正なソフトウェアへの対策	□実施している		□実施していない	
IoT機器の利用	□あり		□なし	
└　ありの場合	□製造販売業者から提供された情報を基にリスク分析を行っている	□IoT機器の取扱いに係る運用管理規程を定めている	□いずれも行っていない	
利用者IDの付与	□あり　（計　　人　令和　　年　　月　　日現在）		□なし	
利用者IDやパスワードの使用	□本人のみ		□他人も利用できる	

現在のシステムの 利用者認証について	□二要素以上の認証あり →認証方法：複数選択可 □ID・パスワード □ICカード □生体認証 □その他（　　）	□二要素以上の認証なし
└　二要素以上の認証なしの場合: 二要素以上の認証に相応する対策	□あり 対策（　　）	□なし
└　二要素以上の認証でICカード や生体認証等を利用する場合 :PINの設定	□PINを設定し認証時に常に求めている	□PINを設定していない

パスワードの設定	□あり	□なし	
└　ありの場合：パスワードの 最低桁数	□13桁以上	□８～12桁	□８桁未満
└　ありの場合：使い回し禁止	□措置している	□措置してない	

④情報及び情報機器の持ち出しについて

情報及び情報機器の持ち出しに関する方針	□運用管理規程で 定めている	□その他で定めている （　　）	□定めていない
情報を格納した可搬媒体又は情報機器の 盗難、紛失時の対応	□運用管理規程で 定めている	□その他で定めている （　　）	□定めていない

⑤法令で定められた記名・押印を電子署名で行うことについて

電子署名について	□実施している	□実施してない	
└　実施している場合	□保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書	□認定特定認証事業者の発行する電子証明書	□その他
電子署名を含む文書全体にタイムスタンプを付与	□付与している	□付与していない	

３．法的に保存義務のある文書等の電子保存の要件

（１）真正性の確保

●医療機関に保存する場合

電子カルテによる記録の作成		
記録の確定操作	□作成者に限定	□その他でも可 →識別情報の記録：□あり□なし
確定された記録について	□書換えできる	□書換えできない
	□消去できる	□消去できない
更新履歴について		
更新履歴の保存	□あり	□なし
更新前と更新後の内容を照合	□できる	□できない
代行入力		

どの業務に認めるか	□運用管理規程で定めている	□その他で定めている （　　）	□定めて いない
誰が誰を代行入力してよいか	□運用管理規程で定めている	□その他で定めている （　　）	□定めて いない

●ネットワークを通じて医療機関の外部に保存する場合

通信の相手が正当であるか	□相互認証を実施している	□相互認証は実施していない
転送途中で改ざんされていないことの保証機能	□運用管理規程で定めている →保証機能について具体的に：	□定めていない

（２）見読性

患者ごとの情報の所在の管理	□紙管理含め各種媒体に分散管理された情報も管理されている		□紙管理された情報のみ管理されている
	□電子媒体の情報のみ管理されている		□管理されていない
見読化手段の管理	□電子媒体に保存された全ての情報とそれらの見読化手段を対応付けて管理		□電子媒体に保存された全ての情報とそれらの見読化手段を対応付けていない
システム障害時	□システムの冗長化	□代替的な見読化手段	□いずれもない
バックアップサーバ	□あり（設置場所等：　　）		□なし

（３）保存性

●医療機関に保存する場合

不適切なソフトウェアへの対策	□運用管理規程で定めている	□運用管理規程で定めていない
記録媒体及び記録機器の保管	□運用管理規程を定めている	□運用管理規程を定めていない
└　定めている場合	□教育を実施している	□教育を実施していない
	□作業履歴あり	□作業履歴なし
記録媒体及び記録機器の取扱い	□運用管理規程で定めている	□定めていない
└　定めている場合	□教育を実施している	□教育を実施していない
	□作業履歴あり	□作業履歴なし
システムが情報を保存する場所	□内部	□可搬媒体

●ネットワークを通じて医療機関の外部に保存する場合

回線や設備が劣化した際の対策	□運用管理規程で定めている			□定めていない	
データのバックアップ	□HDD	□MO	□DVD	□磁気テープ（MT・LTO）	□その他（　　）
└　バックアップデータの保存場所	□サーバ室	□その他院内（　　）		□外部（　　）	
└　診療データの保存期間	具体的に（　　）				

４．診療録及び診療諸記録を外部に保存する際の基準

●医療機関が適切に管理する場所に保存する場合

診療録等の保存場所	□医療機関の内部	□医療機関の外部	□把握していない
保存を受託した診療録等の分析等について	□受託した医療機関及び患者の許可が必要	□特に許可は不要	
保存を受託した診療録等の分析等について	□いかなる場合も許可していない	□不当な利益を目的としない場合に限って許可	□使用に際して許可は不要
個人情報保護への配慮	□匿名化の妥当性の検証を行っている	□院内掲示をしている	
	□その他（　　）	□いずれも実施していない	

●医療機関が外部の事業者との契約に基づいて確保した安全な場所に保存する場合

契約書等への守秘に関連する事項やペナルティについて	□定めている （平成・令和　年　月　日制定）	□定めていない
受託する事業者の選定	□事業者のセキュリティ対策状況を示す資料を確認している	□選定に際して、特段資料の確認を行っていない。
保存された情報を格納する機器等	□国内法の適用を受ける	□国内法の適用を受けない

５．保守委託機関における遵守項目

医療情報の保存や主要な処理を担う全ての機器の「セキュリティアップデート責任」を事業者に委託している	□委託している （「事業者がセキュリティアップデート責任を負うこと」が契約書等に記載されている）	□委託していない
└　委託している場合 ガイドラインにおける保守委託機関の遵守項目を運用管理規程等に定めている	□定めている （令和　年　月　日制定）	□定めていない

６．診療情報等の保存媒体

（１）療養担当規則第２２条に規定する「様式第１号（２）の１」で示された事項について

	原本の保存媒体		端末からの閲覧方法			
	電子媒体	紙媒体	変更が不可能な状態の確定画面	PDF（原本スキャナ取込）	確定しているが変更可能な状態の画面	不可
①療養の給付を受ける者の氏名等、保険資格等に関する事項	□	□	□	□	□	□
②傷病名、転帰等に関する事項	□	□	□	□	□	□
③労務不能に関する意見	□	□	□	□	□	□

（２）療養担当規則第２２条に規定する「様式第１号（２）の２」で示された事項について

①診療日	外来	□	□	□	□	□	□
	入院	□	□	□	□	□	□
②部位、療法・処置、点数に関する事項	外来	□	□	□	□	□	□
	入院	□	□	□	□	□	□
③負担金徴収額に関する事項	外来	□	□	□	□	□	□
	入院	□	□	□	□	□	□

（３）保険外診療に係る診療録等について

保険外診療に係る診療録等	□	□	□	□	□	□

（４）診療補助記録

			原本の保存媒体		端末からの閲覧方法			
			電子媒体	紙媒体	変更が不可能な状態の確定画面	PDF（原本スキャナ取込）	確定しているが変更可能な状態の画面	不可
医学管理等	歯科疾患管理料に係る提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
	周術期等口腔機能管理計画策定料の管理計画書の写し		□	□	□	□	□	□
	周術期等口腔機能管理料の管理報告書の写し		□	□	□	□	□	□
	回復期等口腔機能管理計画策定料の管理計画書の写し		□	□	□	□	□	□
	回復期等口腔機能管理料の管理報告書の写し		□	□	□	□	□	□
	歯科衛生実地指導料の提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
	口腔機能実地指導料の提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
	歯科特定疾患療養管理料の共同療養指導計画加算に係る提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
	診療情報提供書	自院作成分	□	□	□	□	□	□
		他院作成分	□	□	□	□	□	□
	新製有床義歯管理料に係る提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
	広範囲顎骨支持型補綴物管理料に係る提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
在宅医療等	歯科訪問診療２、３、４、５、注16又は注20（在宅療養患者以外の患者に対するもの）に係る提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
	歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算に係る提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
	訪問歯科衛生指導料の提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
	歯科疾患在宅療養管理料に係る提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
検査	歯科一般検査の結果		□	□	□	□	□	□
画像診断	画像		□	□	□	□	□	□
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	疾患別リハビリテーション実施記録		□	□	□	□	□	□
	摂食機能療法実施記録		□	□	□	□	□	□
	リハビリテーション実施計画書の写し		□	□	□	□	□	□
	リハビリテーション総合実施計画書の写し		□	□	□	□	□	□
	廃用症候群に係る評価表		□	□	□	□	□	□
歯冠修復及び欠損補綴	ｸﾗｳﾝ･ﾌﾞﾘｯｼﾞ維持管理料の提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
歯科矯正	歯科矯正診断料の提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
	顎口腔機能診断料の提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
	歯科矯正相談料の提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
	歯科矯正管理料の提供文書の写し		□	□	□	□	□	□
その他	口腔内カラー写真		□	□	□	□	□	□
口腔衛生	歯科衛生士業務記録		□	□	□	□	□	□
歯科技工	歯科技工指示書		□	□	□	□	□	□
	歯科技工納品書		□	□	□	□	□	□

＜様式４＞

５．歯科訪問診療の状況

（令和　　年　　月　　日現在）

年　月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
歯科訪問診療の患者数（延べ人数）①	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
外来の患者数（延べ人数）②	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
歯科訪問診療を実施した患者数の割合①/（①+②）×100	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
「歯科訪問診療１」を算定した患者数（延べ人数）①	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
「歯科訪問診療２」を算定した患者数（延べ人数）②	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
合　計 ①+②	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

（別添２）

歯

連　絡　票

令和　年　月　日

【送信先】　関東信越厚生局　事務所　指導課

＿＿＿＿＿＿宛

ｅ-ｍａｉｌ　＿＿＿＿＿＿＿＿@mhlw.go.jp
ＦＡＸ番号　＿＿－＿＿－＿＿＿＿

【送信事項】　連絡先・出席者について

連絡先	医療機関コード		
	保険医療機関の名称		
	電話番号		（　　）
	連絡に係る担当者の職名・氏名		
	どちらかを記入	送付先電子メールアドレス	@
		送付先ＦＡＸ番号	（　　）
	緊急連絡先電話番号（携帯電話など）		（　　）
		担当者氏名	

	職　名	氏　名	職　名	氏　名
出席者氏名	管理者			

※１　当課からの送付日に連絡の取れる電子メールアドレス（ＦＡＸ希望の場合は、ＦＡＸ番号）・電話番号に限ります。送付日が医療機関の休診日にあたるときは別途ご連絡ください。

※２　緊急連絡先電話番号は、標榜時間外でも連絡が取れる連絡先を記載してください。

※３　「職名」欄には、「開設者」、「保険医」、「請求事務担当者」等と記載してください。なお、「管理者」とは、医療法上の管理者をいいます。

※４　管理者は必ずご出席ください。また、出席者に変更が生じた場合はご連絡ください。

※５　「保険医療機関の現況」につきましても、記載のうえ、本連絡票と併せてご送付ください。