様式2の7

医療機関コード：

保険医療機関名：

~~歯科点数表の初診料の注１~~

の施設基準に係る報告書（８月報告）

歯科外来診療感染対策加算２

「歯科点数表の初診料の注１」については、『別紙様式27』によりご報告いただきます。

本用紙では「歯科外来診療感染対策加算２」についてのみご報告ください。

１　届出を行っている施設基準（該当するものすべてに○）

|  |  |
| --- | --- |
|  | ~~歯科点数表の初診料の注１ （２から５までの項目について記載）~~ |
| ○ | 歯科外来診療感染対策加算２（６について記載） |

~~２　当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に○）~~

|  |  |
| --- | --- |
|  | 概 要 |
| １日平均患者数（届出前３ヶ月間） | １．10人未満　　　　　　２．10人以上20人未満３．20人以上30人未満 　４．30人以上40人未満５．40人以上50人未満　 ６．50人以上 |
| 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．複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌３．外部の業者において滅菌（業者名：　　　　　　　　 ） |
| 「１．診療室内に設置した滅菌器を使用」に該当する場合は以下について記載 |
| 滅菌の体制について（１日あたりの滅菌の実施回数） | １．１日１回　　　　　　　２．１日２回３．１日３回以上５回未満　４．１日５回以上 |

~~３　当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況~~

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 歯科用ユニット数 | 保有数 |  |

~~※ 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の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。~~

~~５　当該保険医療機関における院内研修の実施状況（該当する□に「✓」を記入）~~

* ~~受講すべき職員がいない（雇用している職員がいない場合を含む）~~
* ~~職員に対する院内研修を実施した（実施内容等を下表に記入。複数選択可。）~~

|  |  |
| --- | --- |
| 方法 | □院内研修を実施　　　　　　　　　　□院外研修を受講 |
| 内容 | □標準予防策　　　□新興感染症に対する対策　　　□環境整備　　　　　□医療機器の洗浄・消毒・滅菌　　　　　　　　　　□手指衛生　　　　　□職業感染防止　　　　　　　　　　　　　　　　　□感染性廃棄物の処理□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

６　感染経路別予防策及び新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生 動向等に関する研修の受講歴の有無

|  |  |
| --- | --- |
| １年以内に感染経路別予防策（個人防護具の着脱法等を含む。）及び最新の新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修を受講している。 | □ |

※１年以内の受講を確認できるものを保管すること。