

医療機関コード： _____

保険医療機関名： _____

様式 2 の 7

〔 歯科点数表の初診料の注1
歯科外来診療感染対策加算 2 〕 の施設基準に係る報告書（8月報告）

「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。

（裏面に続く）

