

医療機関コード： \_\_\_\_\_

保険医療機関名： \_\_\_\_\_

様式 3

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書及び  
 歯科外来診療感染対策加算 4 の施設基準に係る報告書（8月報告）

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

	常勤歯科医師数	看護職員数	歯科衛生士数
年 月	名	名	名

2 次の（１）～（５）のうち、該当するものに記入すること。

（１）紹介率

年・月	初診の患者 の数①	文書により紹介され た患者の数②	紹介率 （＝②／①×100）%
令和6年7月	名	名	_____ %

（２）地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 \_\_\_\_\_ 件

歯科点数表 区分	件数	歯科点数表 区分	件数	歯科点数表 区分	件数
JO13の4	件	JO39	件	JO72	件
JO16	件	JO42	件	JO72-2	件
JO18	件	JO43	件	JO75	件
JO31	件	JO66	件	JO76	件
JO32	件	JO68	件	JO87	件
JO35	件	JO69	件		
JO36	件	JO70	件		

（３）別の保険医療機関において初診料の注6又は再診料の注4に規定する  
 歯科診療特別対応加算1、2若しくは3又は歯科訪問診療料を算定している  
 患者について、文書により情報提供を受け、外来診療を行った患者の数

令和6年5月 ～ 令和6年7月	歯科診療特別対応加算1、2又は3 _____名 歯科訪問診療料 _____名
	月平均 _____ 名

（４）初診料の注6又は再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1、2  
 又は3を算定している患者の数

令和6年5月 ～ 令和6年7月	_____名	月平均 _____ 名
--------------------	--------	-------------

（５）周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周  
 術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期  
 等口腔機能管理料（Ⅳ）のいずれかを算定した患者の数

令和6年5月 ～ 令和6年7月	_____名	月平均 _____ 名
--------------------	--------	-------------



(5については、歯科外来診療感染対策加算4の施設基準に係る報告を行う場合に記入すること。)

5 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の受講している。	□
---	---

[記載上の注意]

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出前1年間の数値を用いること。
3. 「2の(3)、(4)及び(5)並びに3の(2)」については、届出前3か月間の数値を用いること。
4. 「2の(1)、(2)、(3)又は(4)」に該当する場合は常勤歯科医師数2名以上、「2の(5)」に該当する場合は、常勤歯科医師数1名以上であること。
5. 「3の(2)」について、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報告すること。