

様式 17

歯科治療総合医療管理料・在宅患者歯科治療総合医療管理料
の施設基準に係る届出書

- 1 該当するものに○をつけること

歯科治療総合医療管理料

在宅患者歯科治療総合医療管理料

- 2 常勤の歯科医師の氏名等

| 歯科医師の氏名 | 役職 | 経験年数 |
|---------|----|------|
| | | |
| | | |
| | | |

- 3 歯科衛生士等の氏名等（常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと）

| 職種等 | 氏名 |
|--------------------|----|
| 常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師 | |
| 常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師 | |
| 常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師 | |
| 常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師 | |

- 4 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）との
連絡調整を担当する者

| 氏名 | 職種等 |
|----|-----|
| | |
| | |
| | |

- 5 緊急時の連絡・対応方法

6 緊急時の連携保険医療機関

| | |
|---------------|--|
| ① 名 称 | |
| ② 所 在 地 | |
| ③ 開 設 者 氏 名 | |
| ④ 担 当 医 師 名 | |
| ⑤ 調 整 担 当 者 名 | |
| ⑥ 連 絡 方 法 | |

(注) 医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

7 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

| 一般名称 | 装置・器具等の固有名 | 台数 |
|-----------------------------|------------|----|
| 経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター) | | |
| 酸素 | | |
| 救急蘇生キット | | |
| そ の 他 | | |