

様式 17

〔 歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）・（Ⅱ）  
在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）・（Ⅱ） 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤の歯科医師の氏名等

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

2 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 |    |

3 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあつては医科診療科）との連絡調整を担当する者（主として担当する者1名を記載）

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

4 緊急時の連携保険医療機関

|                 |  |
|-----------------|--|
| ① 名称            |  |
| ② 所在地           |  |
| ③ 緊急時の連絡方法・連絡体制 |  |

5 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・器具等の製品名 | 台数<br>(セット数) |
|-----------------------------|------------|--------------|
| 経皮的酸素飽和度測定器<br>(パルスオキシメーター) |            |              |
| 酸素供給装置                      |            |              |
| 救急蘇生キット                     |            |              |