

【書類番号2】
(様式2の7)

保険医療機関コード

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

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（7月報告）

1 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 3. 20人以上30人未満 5. 40人以上50人未満	2. 10人以上20人未満 4. 30人以上40人未満 6. 50人以上
滅菌体制	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 3. 1日3回以上5回未満	2. 1日2回 4. 1日5回以上

2 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	本
歯科用ユニット数	保有数	台

※ 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

3 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年以内の受講歴を記載すること。但し、下記※に該当する場合は、当該受講歴を記載すること）

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

※ 令和4年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発 0305 第2号）の第2の7（3）の院内感染防止対策に係る研修を受講（当該研修を受けた日から2年を経過する日までに限る）した者については、当該受講歴を記載すること。

4 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「✓」を記載）

- 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載。複数選択可）。

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