

【書類番号4】
（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類

（令和5年7月1日）

都道府県名

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

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
令和5年7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5年6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	※算出期間	
JO36	件	JO70	件	令和4年1月～令和4年12月	

（3）別の保険医療機関において基本診療料に係る歯科診療特別対応加算及び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5年4月～令和5年6月	歯科診療特別対応加算 _____ 名
	歯科訪問診療料 _____ 名
月平均 _____ 名	

（4）基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数

令和5年4月～令和5年6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）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいずれかを算定した患者の数

令和5年4月～令和5年6月	_____ 名	月平均 _____ 名
---------------	---------	-------------

【書類番号4】

3 院内感染防止対策の状況

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について（該当する番号に○）

	概 要	
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. に該当する場合は以下の事項について記載		
滅菌器	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
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) 当該保険医療機関の平均患者数の実績（該当する番号に○）

	概 要	
1日平均患者数	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

(3) 当該保険医療機関の保有する機器について

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医療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。なお、下記※に該当する場合は、当該受講歴等を記入すること。)

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

※ 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。

【記載上の注意】

- 「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の(2)」については、届出前1年間の数値を用いること。
- 「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。
- 「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。
- 「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7月に当該様式により実績について報告すること。