



連絡票

令和 年 月 日

【送信先】 九州厚生局〇〇事務所
〇〇、〇〇 宛

メールアドレス
FAX番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

【送信事項】 連絡先・出席者について

連絡先	医療機関コード			
	保険医療機関等の名称			
	電話番号			
	ど ち ら か 希 望 す る	送付先電子メールアドレス	※ フリーメール(Gmail、Yahooメール、Outlookメールなど)の指定はご遠慮ください	
		※記入誤りに注意	(アドレス所有者名)	
	送付先FAX番号			
連絡に係る担当者				
緊急連絡先電話番号				
		(緊急連絡先担当者氏名)		

	職名	氏名
出席者氏名	管理者	

- 「職名」欄には、「開設者」、「保険医」、「歯科衛生士」、「請求事務担当者」等と記載してください。
- なお、「管理者」とは医療法上の管理者をいいます。

- ※1 当課からの送付日に連絡の取れる電子メールアドレス(FAX希望の場合は、FAX番号)・電話番号に限り、送付日が医療機関の休診日にあたる場合は別途ご連絡ください。
緊急連絡先電話番号は、標榜時間外でも連絡が取れる連絡先を記載してください。
- ※2 管理者は必ずご出席ください。
出席は、保険医療機関において必要と思われる必要最低限の人数でお願いいたします。
記入欄が足りない場合は、余白に記載してください。
また、出席者に変更が生じた場合は速やかにご連絡ください。
- ※3 「保険医療機関の現況」等(別添2)につきましても、記載のうえ、本連絡票と併せてご送付ください。

【発信者】 保険医療機関名

保険医療機関（歯科）の現況

- 1 保険医療機関（歯科）の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式1>
- 2 保険医、歯科衛生士等の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <様式2>
- 3 患者の受付から会計までの診療業務等の流れ図と診療報酬明細書等の作成
から審査支払機関に請求するまでの診療報酬請求業務の流れ図・・・・・・・・ <様式3>

(注) 様式の電子媒体については、九州厚生局ホームページから入手可能です。

【九州厚生局ホームページ】

<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>

ホーム > 業務内容 > 主な業務別情報 > 保険医療機関・保険薬局 > 保険医療機関・保険薬局の方へ
> 8. 保険医療機関・保険薬局への指導等について > 個別指導の提出資料

1. 保険医療機関（歯科）の概要

(令和 年 月 日作成)

※必要に応じて該当箇所に○印を付けてください。

保険医療機関コード			
名称			
所在地	〒 -		
電話	- -	メールアドレス	
FAX	- -		
開設者 (生年月日)	大・昭・平・令 年 月 日	管理者 (生年月日)	大・昭・平・令 年 月 日
休診日	月・火・水・木・金・土・日・祝 年未年始： / ~ / 、夏季： / ~ /	診療科目	歯科・小児歯科・矯正歯科・歯科口腔外科
標榜時間	時 分 ~ 時 分 / 時 分 ~ 時 分 (月・火・水・木・金・土・日) 時 分 ~ 時 分 / 時 分 ~ 時 分 (月・火・水・木・金・土・日) その他()		
予約制	有 ・ 無 ・ 一部 (方法：)		
届出を行っている施設基準			
従事者の状況	歯科医師 名 歯科助手 名	歯科衛生士 名 事務員 名	歯科技工士 名 その他 名 計： 名
1日平均患者数(※1)		人 (社保 人・国保 人・後期 人)	
歯科衛生実地指導料の算定： 有 ・ 無		実施状況報告(8/1)： 提出 ・ 未提出	病床数 床
保険外(自費)診療 月平均 人 ・ 万円/月 ・ 作成している技工物の名称：			
ユニット台 台 ・ デンタルX線装置 台 ・ パノラマX線装置 台 ・ CT装置 台			
診療録の作成	<input type="checkbox"/> 手書き <input type="checkbox"/> レセコン打ち出しカルテ (レセコン ^{レセコン} ユーザーから印刷したものに記名押印等) <input type="checkbox"/> 電子カルテ・システム名称(ソフト名)： ・ベンダー名(システム構築会社)：		
レセコン ^{レセコン} ユーザー 台	・システム名称(ソフト名)： ・ベンダー名(システム構築会社)：		

※1：指導日の前月（間に合わない場合は、前々月でも可）1カ月分が対象となります。

歯冠修復及び欠損補綴物の製作状況

自院 (全部・一部)	歯科医師	作成している技工物の名称	
	歯科技工士	作成している技工物の名称	
院内技工士に対する指示録の有無		有 ・ 無	
外注 (全部・一部)	歯科技工所名	所在地	外注している技工物の名称
外注の状況	歯科技工指示書の発行	有 ・ 無	歯科技工指示書の控の有無 有 ・ 無
外注時の歯科技工指示書の内容	(歯科技工指示書に記載されている事項について○印をつけてください) 患者の氏名 ・ 設計 ・ 作成の方法 ・ 使用材料 ・ 発行年月日 発行した歯科医師の氏名及び当該歯科医師の勤務する病院又は診療所の所在地 歯科技工所の名称及び所在地		

3. 患者の受付から会計までの診療業務等の流れ図と診療報酬明細書等の作成から審査支払機関に請求するまでの診療報酬請求業務の流れ図

(1) 診療業務等の流れ図

※ 患者の受付から会計までの診療業務等の流れ図を記載してください。

(2) 診療報酬請求業務の流れ図

※ 診療報酬明細書等の作成から審査支払機関に請求するまでの診療報酬請求業務の流れ図を記載してください。

注：記入欄が足りない場合は、別紙（様式任意）に記載してください。

※ 上記項目が記載されているものであれば、既存の資料で差し支えありません。