

歯科麻酔管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 歯科麻酔について2年以上の経験を有するとともに全身麻酔を200症例以上及び静脈内鎮静法又は歯科静脈麻酔を100症例以上の経験を有する歯科医師の氏名等

歯科医師 1

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| 歯科医師の氏名 | |
| 経験年数 | 年 |
| 勤務形態 (該当するいずれか1つを○で囲むこと) | 1 : 常勤 2 : 非常勤 |
| 勤務時間 | 時間 |
| 全身麻酔の経験症例数 | 例 |
| 静脈内鎮静法の経験症例数 | 例 |

歯科医師 2

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| 歯科医師の氏名 | |
| 経験年数 | 年 |
| 勤務形態 (該当するいずれか1つを○で囲むこと) | 1 : 常勤 2 : 非常勤 |
| 勤務時間 | 時間 |
| 全身麻酔の経験症例数 | 例 |
| 静脈内鎮静法の経験症例数 | 例 |

歯科医師 3

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| 歯科医師の氏名 | |
| 経験年数 | 年 |
| 勤務形態 (該当するいずれか1つを○で囲むこと) | 1 : 常勤 2 : 非常勤 |
| 勤務時間 | 時間 |
| 全身麻酔の経験症例数 | 例 |
| 静脈内鎮静法の経験症例数 | 例 |

2. 緊急時に連携する保険医療機関（無床歯科診療所に限る）

連携保険医療機関 1

| | |
|----------|--|
| ①名称 | |
| ②所在地 | |
| ③担当医氏名 | |
| ④調整担当者氏名 | |
| ⑤緊急連絡先 | |

連携保険医療機関 2

| | |
|----------|--|
| ①名称 | |
| ②所在地 | |
| ③担当医氏名 | |
| ④調整担当者氏名 | |
| ⑤緊急連絡先 | |

連携保険医療機関 3

| | |
|----------|--|
| ①名称 | |
| ②所在地 | |
| ③担当医氏名 | |
| ④調整担当者氏名 | |
| ⑤緊急連絡先 | |

〔記載上の注意〕

- 勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 又はこれに準じた様式（経験症例数が分かるもの）により添付すること。
- 担当医氏名について、連携保険医療機関において担当する者が歯科医師の場合は、担当歯科医氏名を記載すること。