（別紙様式５）　　（令和７年８月１日現在）

選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書（歯科）

都道府県名＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 休止の届出がされている場合は、当該報告書の提出は不要です。

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。	
保険医療機関の名称	

〔記載上の注意〕
1　前年８月１日から当年７月３１日までの間の診療実績に基づき、記載すること。
2　期間内に**①及び②の全項目について診療実績がない場合は、本報告書の提出は必要ないこと。**
3　期間内にいずれかの項目の診療実績がある場合は、診療実績欄の「有」を選択し、当該保険医療機関において実施した項目の金額又は人数のみ記載すること。①について各項目の価格を事前に報告している場合においても、**診療実績がない項目には診療実績欄の「無」を選択し、金額は記載しないこと。**
4　各項目の価格に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告をすること。
5　選定療養として地方厚生（支）局長に報告しておらず、一連の診療を全て自由診療とした場合における実績は報告対象としないこと。

【 ① 選定療養の実施状況 】

１．金属床総義歯の実施状況			診療実績（いずれか1つを選択）		金額（消費税を含む）
金属の種類毎の１床当たりの価格	白金加金	上顎	○ 有　○ 無	※診療実績が「有」の場合は、右の欄にそれぞれの金額を記載すること。 ※診療実績が「無」の場合は、右の欄に金額を記載しないこと。	円
		下顎	○ 有　○ 無		円
	金合金	上顎	○ 有　○ 無		円
		下顎	○ 有　○ 無		円
	コバルトクロム合金	上顎	○ 有　○ 無		円
		下顎	○ 有　○ 無		円
	チタン合金	上顎	○ 有　○ 無		円
		下顎	○ 有　○ 無		円
	その他の金属	上顎	○ 有　○ 無		円
	（　　）	下顎	○ 有　○ 無		円

※　その他の金属欄は商品名ではなく、一般名を記載すること。

２．う蝕に罹患している患者の指導管理の実施状況		診療実績（いずれか1つを選択）		金額（消費税を含む）
継続管理の種類	フッ化物局所応用（１口腔１回につき）	○ 有　○ 無	※診療実績が「有」の場合は、右の欄にそれぞれの金額を記載すること。 ※診療実績が「無」の場合は、右の欄に金額を記載しないこと。	円
	小窩裂溝填塞（１歯につき）	○ 有　○ 無		円

※　選定療養として地方厚生（支）局長に報告し実施したものであること。

３．前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給の実施状況	診療実績（いずれか1つを選択）		金額（消費税を含む）
金合金（１歯につき）	○ 有　○ 無	※診療実績が「有」の場合は、右の欄にそれぞれの金額を記載すること。 ※診療実績が「無」の場合は、右の欄に金額を記載しないこと。	円
白金加金（１歯につき）	○ 有　○ 無		円

※　前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金とは、金属歯冠修復であって、その金属としては金合金又は白金加金を用いたものであること。なお、**硬質レジン前装冠に用いる金合金又は白金加金は対象としないこと**。

【 ② 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料の算定状況 】

	算定実績	歯科衛生士数（実数）			
		常勤		非常勤	
歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料	○ 有 ○ 無	※算定実績が「有」の場合のみ人数を記載すること。			
			人		人

※　歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料のいずれかを算定した実績がある場合は、令和７年８月１日時点の常勤・非常勤それぞれの歯科衛生士数を記載すること。
※　実績がない場合は算定実績欄の「無」を選択の上、歯科衛生士数は記載しないこと。
※　令和７年８月１日時点で歯科衛生士数が０人であっても、前年８月１日から当年７月３１日までの間に診療実績がある場合は、算定実績欄の「有」を選択の上、歯科衛生士数を０人と記載すること。