様式２の７

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）

保険医療機関コード	保険医療機関の名称

１ 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に〇）

	概 要
１日平均患者数 （届出前３ヶ月間）	１．10 人未満　２．10 人以上 20 人未満 ３．20 人以上 30 人未満　４．30 人以上 40 人未満 ５．40 人以上 50 人未満　６．50 人以上
滅菌体制 （該当する番号に〇）	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　２．１日２回 ３．１日３回以上５回未満　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	
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）

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

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「✓」を記入）

□　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入。複数選択可。）

方法	□院内研修を実施　□院外研修を受講		
内容	□標準予防策	□環境整備	□医療機器の洗浄・消毒・滅菌
	□手指衛生	□職業感染防止	□感染性廃棄物の処理
	□その他（　　）		