

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

| <p>1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____人</p> <p>外来で歯科診療を提供した人数 ② _____人</p> <p>※①については、歯科訪問診療料を算定した人数、②については、診療所で歯科初診料、 歯科再診料を算定した人数を記載すること。</p> <p>※①、②とも延べ人数を記載すること。</p> <p>歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)= _____ …(A)</p> | | | | | | | | | | | |
|--|--------|-------------------|--------|-------|--------|-----------|--------|-------------|--------|-------------|--|
| <p>2. 歯科訪問診療の実績 (届出前 1 年間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数 _____人</p> <p>※歯科訪問診療1、2又は3を算定した延べ人数を記載すること。</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">受講歯科医師名(複数の場合は全員)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">研 修 名</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">受 講 年 月 日</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">研 修 の 主 催 者</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">講 習 の 内 容 等</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。</p> <p>※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。</p> | | 受講歯科医師名(複数の場合は全員) | | 研 修 名 | | 受 講 年 月 日 | | 研 修 の 主 催 者 | | 講 習 の 内 容 等 | |
| 受講歯科医師名(複数の場合は全員) | | | | | | | | | | | |
| 研 修 名 | | | | | | | | | | | |
| 受 講 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 研 修 の 主 催 者 | | | | | | | | | | | |
| 講 習 の 内 容 等 | | | | | | | | | | | |
| <p>4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%; padding: 5px;">氏 名</th> <th style="padding: 5px;">常勤／非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1)</td> <td style="padding: 5px;">常勤／非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2)</td> <td style="padding: 5px;">常勤／非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3)</td> <td style="padding: 5px;">常勤／非常勤</td> </tr> </tbody> </table> | | 氏 名 | 常勤／非常勤 | 1) | 常勤／非常勤 | 2) | 常勤／非常勤 | 3) | 常勤／非常勤 | | |
| 氏 名 | 常勤／非常勤 | | | | | | | | | | |
| 1) | 常勤／非常勤 | | | | | | | | | | |
| 2) | 常勤／非常勤 | | | | | | | | | | |
| 3) | 常勤／非常勤 | | | | | | | | | | |
| <p>5. 迅速に対応できる体制に係る事項</p> <p>(1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制 ___名で担当</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当者の氏名及び職種 ・ 連絡方法・連絡先 <p>(2)歯科訪問診療体制:対応体制 ___名で担当</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当医の氏名 | | | | | | | | | | | |

6. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関

(1) 医療機関の名称

(2) 在宅医療を行う医師の氏名

(3) 連絡先

7. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

- ・ 氏名、連絡先
- ・ 資格、主な業務内容

8. 後方支援医療機関(歯科医療機関)

(1) 医療機関の名称

(2) 所在地

(3) 連絡先

以下、9～13については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

| 保険医療機関名 | 備考 |
|---------|----|
| 1) | |
| 2) | |
| 3) | |
| 4) | |
| 5) | |

10. 歯科訪問診療料の算定実績 (届出前3月間の実績)

| | | |
|---------|---|---|
| 歯科訪問診療1 | ① | 人 |
| 歯科訪問診療2 | ② | 人 |
| 歯科訪問診療3 | ③ | 人 |

歯科訪問診療1の算定割合: $\frac{①}{①+②+③} \times 100\%$

_____ %

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

11. 在宅医療に係る経験を有する歯科医師の氏名等

| 歯科医師の氏名 | 経験年数 |
|---------|------|
| | |
| | |
| | |
| | |

12. 当該施設基準に係る必要な機器の一覧(製品名等)

| 機器の種類 | 概 要 | |
|-----------------|----------|--|
| ①ポータブル ユニット | 医療機器認証番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| ②ポータブル バキューム | 医療機器認証番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| ③ポータブル レントゲン | 医療機器認証番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| 【備考】 | | |

※①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証/届出番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療における処置等の算定実績 (届出前1年間の実績)

| | | | |
|----------------------|---|---------|---|
| ①抜髄 | 回 | ②感染根管処置 | 回 |
| ③ ①及び②の合計(③=①+②) | 回 | ④抜歯手術 | 回 |
| ⑤有床義歯の新製 | 回 | ⑥有床義歯修理 | 回 |
| ⑦有床義歯内面適合法 | 回 | | |
| ⑧ ⑤、⑥及び⑦の合計(⑧=⑤+⑥+⑦) | | | 回 |

※回数は延べ算定回数を記載すること。

※③、④が20回以上であること。

※⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※⑧が40回以上であること。