

様式 2 の 7

歯科外来診療感染対策加算 2 の施設基準に係る報告書（8月報告）

保険医療機関コード	保険医療機関の名称

1 届出を行っている施設基準（該当するものすべてに○）

<input type="checkbox"/>	歯科点数表の初診料の注 1（2 から 5 までの項目について記載）
<input type="checkbox"/>	歯科外来診療感染対策加算 2（6 について記載）

2 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○）

	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○）	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

3 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

4 常勤歯科医師の院内感染防止対策（標準予防策及び新興感染症に対する対策）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 年以内の受講を確認できるものを保管すること。

5 当該保険医療機関における院内研修の実施状況（該当する口に「✓」を記入）

受講すべき職員がない（雇用している職員がない場合を含む）

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	<input type="checkbox"/> 院内研修を実施	<input type="checkbox"/> 院外研修を受講
内容	<input type="checkbox"/> 標準予防策	<input type="checkbox"/> 新興感染症に対する対策
	<input type="checkbox"/> 環境整備	<input type="checkbox"/> 医療機器の洗浄・消毒・滅菌
	<input type="checkbox"/> 手指衛生	<input type="checkbox"/> 職業感染防止
	<input type="checkbox"/> 感染性廃棄物の処理	<input type="checkbox"/> その他（ ）

6 感染経路別予防策及び新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講歴の有無

1年以内に感染経路別予防策（个人防护具の着脱法等を含む。）及び最新の新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修を受講している。	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

※1年以内の受講を確認できるものを保管すること。