様式17

**歯科治療時医療管理料**

**の施設基準に係る届出書添付書類**

**在宅患者歯科治療時医療管理料**

１　届出を行う施設基準（該当する施設基準に○をつけること。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 歯科治療時医療管理料 |
|  | 在宅患者歯科治療時医療管理料 |

２　常勤の歯科医師の氏名等

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

３　歯科衛生士等の氏名等(常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種等 | 常勤換算人数 | 氏　　　　名 |
| 常勤／非常勤 | 歯科衛生士／看護師 | 人 |  |
| 常勤／非常勤 | 歯科衛生士／看護師 | 人 |  |
| 常勤／非常勤 | 歯科衛生士／看護師 | 人 |  |
| 常勤／非常勤 | 歯科衛生士／看護師 | 人 |  |

４　別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）との

連絡調整を担当する者（主として担当する者1名を記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　 名 | 職 種 等 |
|  |  |

５　緊急時の連携保険医療機関（病院である保険医療機関を記載すること。）

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 緊急時の連絡方法・連絡体制 |  |

６　当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一般名称 | 装置・器具等の製品名 | 台数（セット数） |
| 経皮的動脈血酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター) |  |  |
| 酸素供給装置 |  |  |
| 救急蘇生セット |  |  |