

様式 17 の 2

口腔管理体制強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績（届出前 1 年間）

① 歯周病継続支援治療の算定回数	回
② 根面う蝕管理料、エナメル質初期う蝕管理料の算定回数	回

2 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準の届出状況

届出年月日（ 年 月 日）

3 口腔機能管理の実績（届出前 1 年間）

① 歯科疾患管理料（口腔機能低下症又は口腔機能発達不全症の管理を行う場合に限る。）、口腔機能実地指導料、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料又は歯科口腔リハビリテーション料 3 の算定回数	回
---	---

※ ①について、令和 8 年 5 月 31 日以前の算定については、歯科衛生実地指導料の口腔機能指導加算の算定回数を合計して差し支えない。

4 歯科訪問診療料の注 15 に規定する届出の状況

届出年月日（ 年 月 日）

5 歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績（届出前 1 年間）

※①又は②のいずれかについて記載すること。

①	歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 の算定回数	回
	歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは在宅療養支援歯科診療所 2 又は在宅療養支援歯科病院に依頼した回数	回
	合 計	回

② 連携する歯科訪問診療を行う別の医療機関や地域の在宅医療の相談窓口の名称	
---------------------------------------	--

6 他の保険医療機関との連携の実績（届出前 1 年間）

① 診療情報提供料（I）の算定回数	回
② 診療情報等連携共有料 1 又は 2 の算定回数	回
合 計	回

7 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名	
---------	--

研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※1 研修会の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

※2 歯科疾患（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理に関する内容を含むものであること。）及び口腔機能の継続管理並びに高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等を含むこと。

8 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

勤務形態	職種	氏名
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	

9 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

## 10 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

※ 当該保険医療機関で歯科訪問診療を行う場合に記載すること。

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

## 11 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

① 居宅療養管理指導の提供実績	(実施回数) 回
② 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	(算定回数) 回
③ 初診料の注6、再診料の注4、歯科訪問診療料の注8の 歯科診療特別対応加算1、2又は3	(算定回数) 回
④ 退院時共同指導料1、在宅歯科医療連携加算1若しくは2、小児在宅歯科医療連携加算1若しくは2、在宅歯科医療情報連携加算、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料	(算定回数) 回
⑤ 地域ケア会議の出席	(会議名) (直近の出席日) 年 月 日
⑥ 在宅医療に関するサービス担当者会議等又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等の出席	(会議名) (直近の出席日) 年 月 日
⑦ 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講	(研修名) (研修実施主体) (修了年月日) 年 月 日 (修了者氏名)
⑧ 在宅医療・介護等に関する研修の受講	(研修名) (研修実施主体) (修了年月日) 年 月 日 (修了者氏名)
⑨ 学校歯科医等の業務を行っている	(学校等の名称)
⑩ 介護認定審査会の委員の経験	(在任期間) 年 月

	～ 年 月
⑪ 過去一年間の福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における歯科健診への協力	(施設名) (実施日)      年 月 日
⑫ 自治体を実施する歯科保健に係る事業への協力	(事業名) (実施日)      年 月 日

※1 ①～⑫については、7に記載する歯科医師の実績について記載すること。

※2 ※1に該当する歯科医師が複数名配置されている場合は、そのうち、いずれか1名について記載すること。

※3 ①から④までについては、過去1年間の実績を記載すること。

※4 ⑦、⑧について、内容が確認できる研修会の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

## 12 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）
自動体外式除細動器（AED）		
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		
血圧計		
救急蘇生セット		
歯科用吸引装置		