

別紙

【 歯科 】

- ※ この用紙を「施設基準等の届出状況の報告書」に表紙として添付してください。
- ※ 全ての届出様式が提出不要に該当する場合、表紙、チェックリストも含め全て提出不要です。

整理番号

※整理番号の記入は不要です。

施設基準の届出状況等の報告について

別添のとおり報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関等の所在地及び名称

所在地

名称

開設者名

医療機関等コード

報告担当者所属課所名

報告担当者名 []

電話番号 () -

ファクシミリ番号 () -

東北厚生局長 様

チェックリスト〔施設基準等の届出状況等の報告〕

提出の有無欄にチェックマークを付して、報告書と一緒に提出してください。無にした様式については、提出不要です。

医療機関	届出様式	提出の有無	様式番号	提出の有無	様式番号	
病院	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 1-1①②	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 6	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 1-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	
		<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 1-3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 8	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 15	
	施設基準 (基本診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 9	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 10	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 11	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 4	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 12	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 13	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 6-1、6-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 16	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 17	
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 6	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 7	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 4			
	保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2			
	有床 診療所	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			別紙様式 4-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 15	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			別紙様式 7			
施設基準 (基本診療料)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 14			
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 15			
施設基準 (特掲診療料)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 9	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5			
保険外併用 療養費		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2				
無床 診療所 A	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 15	
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 9	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5			
保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2				
無床 診療所 B	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 15	
	保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2			
歯科	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12	
	施設基準	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・初診料の注1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・歯援診	

※ 様式番号は連続した番号となっております。

医療機関コード:

医療機関名称:

選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書（歯科）

都道府県名

※ 休止の届出がされている場合は、当該報告書の提出は不要です。

Table with 2 columns: 医療機関コード (レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。), 保険医療機関の名称

【記載上の注意事項】

- 1 新型コロナウイルス感染症の影響にかかわらず、前年7月1日から当年6月30日までの間の診療実績に基づき、記載すること。
2 期間内に①及び②の全項目について診療実績がない場合は、本報告書の提出は必要ないこと。
3 期間内にいずれかの項目の診療実績がある場合は、診療実績欄の「有」を○で囲み、当該保険医療機関において実施した項目の金額又は人数のみ記載すること。①について各項目の価格を事前に報告している場合においても、診療実績がない項目には診療実績欄の「無」を○で囲み、金額は記載しないこと。
4 各項目の価格に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告をすること。

【 ① 選定療養の実施状況 】

Table with 4 columns: 1. 金属床総義歯の実施状況, 診療実績 (いずれか1つに○), 金額 (消費税を含む). Rows include 白金加金, 金合金, コバルトクロム合金, チタン合金, その他の金属.

※ その他の金属欄は商品名ではなく、一般名を記載すること。

Table with 4 columns: 2. う蝕に罹患している患者の指導管理の実施状況, 診療実績 (いずれか1つに○), 金額 (消費税を含む). Rows include フッ化物局所応用 (1口腔1回につき), 小窩裂溝充填塞 (1歯につき).

※ 選定療養として地方厚生局（支）局長に報告し実施したものであること。

Table with 4 columns: 3. 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給の実施状況, 診療実績 (いずれか1つに○), 金額 (消費税を含む). Rows include 金合金 (1歯につき), 白金加金 (1歯につき).

※ 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金とは、金属歯冠修復であって、その金属としては金合金又は白金加金を用いたものであること。なお、硬質レジン前装冠に用いる金合金又は白金加金は対象としないこと。

【 ② 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料の算定状況 】

Table with 3 columns: 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料, 算定実績 (有・無), 歯科衛生士数 (実数) (常勤, 非常勤).

- ※ 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料のいずれかを算定した実績がある場合は、令和3年7月1日時点の常勤・非常勤それぞれの歯科衛生士数を記載すること。
※ 実績がない場合は診療実績欄の「無」を○で囲み、歯科衛生士数は記載しないこと。
※ 令和3年7月1日時点で歯科衛生士数が0人であっても、前年7月1日から当年6月30日までの間に診療実績がある場合は、診療実績欄の「有」を○で囲み、歯科衛生士数を0人と記載すること。

(別紙様式 1 2)

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

(令和 3 年 7 月 1 日現在)

都道府県名

医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の 数字を記載すること。		
保険医療機関の名称		
医科・歯科の別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科	
明細書を無料で 交付していない患者 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 全ての患者	<input type="checkbox"/> 2. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している <input type="checkbox"/> 2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要	
明細書発行に ついての状況	費用徴収の有無 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無
	費用徴収を行っている 場合その金額	円

※ 本報告は、令和 3 年 7 月 1 日時点で「保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令 第15号）第 5 条の 2」の明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない（明細書を無料で交付している）保険医療機関については、本報告の必要はない。

※ 平成30年 4 月 1 日より、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関及び保険薬局は、患者から求めがない場合でも、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならないこととされています。

(病院である保険医療機関及び保険薬局は、平成30年 4 月 1 日より全面義務化のため報告不要)

歯科点数表の初診料の注1の施設基準に係る報告書

届出している場合のみ提出。
なお、捺印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

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○）

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

※ 研修の受講証の写しは添付不要

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	<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"/> 手指衛生 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 環境整備 <input type="checkbox"/> 職業感染防止 <input type="checkbox"/> 医療機器の洗浄・消毒・滅菌 <input type="checkbox"/> 感染性廃棄物の処理

在宅療養支援歯科診療所1又は2に係る報告書

(令和3年7月1日現在)

届出している場合のみ提出。
なお、捺印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

報 告 事 項

歯科訪問診療の実施状況について

1) 歯科訪問診療の割合(令和3年6月1日～令和3年6月30日の1か月の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ① () 人

外来で歯科診療を提供した人数 ② () 人

※①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療1、2若しくは3又は歯科訪問診療料の注13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の延べ人数を記載すること。

※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患者の延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②) = _____ %

2) 歯科訪問診療の実績(令和3年4月1日～令和3年6月30日の3か月の実績)

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

※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。

歯科訪問診療のうち歯科訪問診療1を算定する患者の割合 ①/(①+②+③) = _____ %

※歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

3) 歯科疾患在宅療養管理料の実績(令和3年4月1日～令和3年6月30日の3か月の実績)

() 人

※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。