

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。

平成 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 印

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 12
	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 5
		<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 6
		<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 7
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 4		
	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 6
		<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 7
		<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 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 4	<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		
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 7
		<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 12
	施設基準 (基本診療料)	<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 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 8		
	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 10
		<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		
	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 10
		<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		
	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・特掲診療料		
	実績報告	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・実績報告 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・実績報告 2

※ 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:

選定療養実施状況報告書 (歯科)

いずれの費用も定めていない場合、提出は不要です。

都道府県名

保険医療機関コード ※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〕

- 前年7月1日から当年6月30日の間の診療実績に基づき、記載すること。
- 期間内に1. ~ 3. 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。
- 期間内にいずれかの項目に診療実績がある場合は、当該保険医療機関において実施した項目の金額のみ記載**し、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「-」を記載**して提出すること。
- 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. 金属床総義歯の実施状況】

			金額 (消費税を含む)
金属の種類毎の 1床当たりの価格	白金加金	上顎	円
		下顎	円
	金合金	上顎	円
		下顎	円
	コバルトクロム合金	上顎	円
		下顎	円
	チタン合金	上顎	円
		下顎	円
	その他の金属 ()	上顎	円
		下顎	円

※ 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。

【2. う蝕に罹患している患者の指導管理の実施状況】

		金額 (消費税を含む)
継続管理の種類	フッ化物局所応用 (1口腔1回につき)	円
	小窩裂溝填塞 (1歯につき)	円

【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】

		金額 (消費税を含む)
金合金 (1歯につき)		円
白金加金 (1歯につき)		円

(別紙様式 12)

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

「正当な理由」について、届出をしていない場合、提出は不要です。

(平成29年7月1日現在)

都道府県名

保険医療機関コード ※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		
保険医療機関の種別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 病院 <input type="checkbox"/> 2. 診療所	
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	
許可病床数	床	
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"/> 全ての患者	<input type="checkbox"/> 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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	費用徴収を行っている 場合その金額	円

※ 本報告は、平成29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28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、患者から求められたときは、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。

在宅療養支援歯科診療所に係る報告書
(平成29年7月1日現在)

届出のない場合、
提出は不要です。

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(平成29年6月1日～平成29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してください。
また、①、②とも延べ人数を記載してください。

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(平成29年4月1日～平成29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してください。

3) 歯科疾患在宅療養管理料の実績(平成29年4月1日～平成29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、延べ人数を記載してください。

歯科衛生実地指導料の算定状況報告書

実績のない場合、
提出は不要です。

(平成29年7月1日現在)

都道府県名

保険医療機関コード ※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		
歯科衛生士数	常 勤	
	非 常 勤	

〔記載上の注意〕

- 1 本報告は、平成28年7月1日から平成29年6月30日までの間の実績に基づき報告すること。
- 2 当該期間内に歯科衛生実地指導料の算定の実績がない保険医療機関については、報告の必要はない。

周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料の算定状況報告書

実績のない場合、 提出は不要です。

(平成29年7月1日現在)

都道府県名 _____

保険医療機関コード ※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		
保険医療機関の種別 (該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 1. 病院 <input type="checkbox"/> 2. 診療所
算定状況	周術期口腔機能管理計画策定料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	周術期口腔機能管理料 (Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	周術期口腔機能管理料 (Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	周術期口腔機能管理料 (Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

〔記載上の注意〕

- 1 本報告は、平成28年7月1日から平成29年6月30日までの算定の有無を報告すること。
- 2 当該期間内に周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料について、算定の実績がない保険医療機関については、報告の必要はない。