

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書及び
 歯科外来診療感染対策加算 4 の施設基準に係る報告書（8 月報告）

保険医療機関コード

保険医療機関名

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

| | | | |
|-----|---------|-------|--------|
| | 常勤歯科医師数 | 看護職員数 | 歯科衛生士数 |
| 年 月 | 名 | 名 | 名 |

2 次の（１）～（５）のうち、該当するものに記入すること。

（１）紹介率

| | | | |
|-----|--------------|---------------------|----------------------------|
| 年・月 | 初診の患者 の数① | 文書により紹介され た患者の数② | 紹介率 $(=②/① \times 100) \%$ |
| 年 月 | 名 | 名 | _____ % |

（２）地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 _____ 件

| 歯科点数表 区分 | 件 数 | 歯科点数表 区分 | 件 数 | 歯科点数表 区分 | 件 数 |
|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|
| JO 1 3 の 4 | 件 | JO 3 9 | 件 | JO 7 2 | 件 |
| JO 1 6 | 件 | JO 4 2 | 件 | JO 7 2 - 2 | 件 |
| JO 1 8 | 件 | JO 4 3 | 件 | JO 7 5 | 件 |
| JO 3 1 | 件 | JO 6 6 | 件 | JO 7 6 | 件 |
| JO 3 2 | 件 | JO 6 8 | 件 | JO 8 7 | 件 |
| JO 3 5 | 件 | JO 6 9 | 件 | | |
| JO 3 6 | 件 | JO 7 0 | 件 | | |

（３）別の保険医療機関において初診料の注 6 又は再診料の注 4 に規定する歯科
 診療特別対応加算 1、2 若しくは 3 又は歯科訪問診療料を算定している患者
 について、文書により情報提供を受け、外来診療を行った患者の数

| | |
|-----------|--|
| 年 月 ~ 年 月 | 歯科診療特別対応加算 1、2 又は 3 _____ 名 歯科訪問診療料 _____ 名 |
| | 月平均 _____ 名 |

（４）初診料の注 6 又は再診料の注 4 に規定する歯科診療特別対応加算 1、2
 又は 3 を算定している患者の数

| | | |
|-----------|---------|-------------|
| 年 月 ~ 年 月 | _____ 名 | 月平均 _____ 名 |
|-----------|---------|-------------|

（５）周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周
 術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期
 等口腔機能管理料（Ⅳ）のいずれかを算定した患者の数

| | | |
|-----------|---------|-------------|
| 年 月 ~ 年 月 | _____ 名 | 月平均 _____ 名 |
|-----------|---------|-------------|

（６）回復期等口腔機能管理計画策定料、回復期等口腔機能管理料のいずれか
 を算定した患者の数

| | | |
|-----------|---------|-------------|
| 年 月 ~ 年 月 | _____ 名 | 月平均 _____ 名 |
|-----------|---------|-------------|

3 院内感染防止対策の状況

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

| 概 要 | |
|------------------------|---|
| 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. に該当する場合は以下の事項について記載 | |
| 滅菌器 | 医療機器認証番号 |
| | 製品名 |
| | 製造販売業者名 |
| 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 |

(2) 当該保険医療機関の平均患者数の実績(該当する番号に○)

| 概 要 | |
|---------|--|
| 1日平均患者数 | 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 |

(3) 当該保険医療機関の保有する機器について

| 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医療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については、歯科外来診療感染対策加算4の施設基準に係る報告を行う場合に記入すること。)

5 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(個人防護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の受講している。 | □ |
|---|---|

※1年以内の受講を確認できるものを保管すること。

※歯科外来診療感染対策加算4の施設基準に係る届出を行っていない場合は記入不要。

〔記載上の注意〕

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出前1年間の数値を用いること。
3. 「2の(3)、(4)及び(5)並びに3の(2)」については、届出前3か月間の数値を用いること。
4. 「2の(1)、(2)、(3)又は(4)」に該当する場合は常勤歯科医師数2名以上、「2の(5)」に該当する場合は、常勤歯科医師数1名以上であること。
5. 「3の(2)」について、実績がない場合は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の8月に当該様式により実績について報告すること。