

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

| <p>1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数                    ① _____人</p> <p>外来で歯科診療を提供した人数                    ② _____人</p> <p>※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、<br/>歯科再診料を算定した人数を記載すること。</p> <p>※①、②とも延べ人数を記載すること。</p> <p>歯科訪問診療を提供した患者数の割合    ①/(①+②)= _____ …(A)</p>  |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
|--|--------|-------------------|--------|-------|--------|-----------|--------|-------------|--------|-------------|--|
| <p>2. 歯科訪問診療の実績 (届出前 1 年間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数                    _____人</p> <p>※歯科訪問診療1、2又は3を算定した延べ人数を記載すること。</p>  |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| <p>3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">受講歯科医師名(複数の場合は全員)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">研 修 名</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">受 講 年 月 日</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">研 修 の 主 催 者</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">講 習 の 内 容 等</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。</p> <p>※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。</p> |        | 受講歯科医師名(複数の場合は全員) |        | 研 修 名 |        | 受 講 年 月 日 |        | 研 修 の 主 催 者 |        | 講 習 の 内 容 等 |  |
| 受講歯科医師名(複数の場合は全員)  |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 研 修 名  |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 受 講 年 月 日  |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 研 修 の 主 催 者  |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 講 習 の 内 容 等  |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| <p>4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%; padding: 5px;">氏 名</th> <th style="padding: 5px;">常勤／非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1)</td> <td style="padding: 5px;">常勤／非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2)</td> <td style="padding: 5px;">常勤／非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3)</td> <td style="padding: 5px;">常勤／非常勤</td> </tr> </tbody> </table>   |        | 氏 名               | 常勤／非常勤 | 1)    | 常勤／非常勤 | 2)        | 常勤／非常勤 | 3)          | 常勤／非常勤 |             |  |
| 氏 名  | 常勤／非常勤 |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 1)   | 常勤／非常勤 |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 2)   | 常勤／非常勤 |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| 3)   | 常勤／非常勤 |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |
| <p>5. 迅速に対応できる体制に係る事項</p> <p>(1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制                    ___名で担当</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当者の氏名及び職種</li> <li>・ 連絡方法・連絡先</li> </ul> <p>(2)歯科訪問診療体制:対応体制                    ___名で担当</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当医の氏名</li> </ul>   |        |                   |        |       |        |           |        |             |        |             |  |

6. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関

(1) 医療機関の名称

(2) 在宅医療を行う医師の氏名

(3) 連絡先

---

7. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

- ・ 氏名、連絡先
- ・ 資格、主な業務内容

---

8. 後方支援医療機関(歯科医療機関)

(1) 医療機関の名称

(2) 所在地

(3) 連絡先

以下、9～13については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

| 保険医療機関名 | 備考 |
|---------|----|
| 1)      |    |
| 2)      |    |
| 3)      |    |
| 4)      |    |
| 5)      |    |

---

10. 歯科訪問診療料の算定実績 (届出前3月間の実績)

|         |   |   |
|---------|---|---|
| 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 |

歯科訪問診療1の算定割合:  $\frac{①}{①+②+③} \times 100\%$

\_\_\_\_\_ %

※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。

11. 在宅医療に係る経験を有する歯科医師の氏名等

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

12. 当該施設基準に係る必要な機器の一覧(製品名等)

| 機器の種類           | 概 要      |  |
|-----------------|----------|--|
| ①ポータブル<br>ユニット  | 医療機器認証番号 |  |
|                 | 製品名      |  |
|                 | 製造販売業者名  |  |
| ②ポータブル<br>バキューム | 医療機器認証番号 |  |
|                 | 製品名      |  |
|                 | 製造販売業者名  |  |
| ③ポータブル<br>レントゲン | 医療機器認証番号 |  |
|                 | 製品名      |  |
|                 | 製造販売業者名  |  |
| 【備考】            |          |  |

※①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証/届出番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療における処置等の算定実績 (届出前1年間の実績)

|                      |   |         |   |
|----------------------|---|---------|---|
| ①抜髄                  | 回 | ②感染根管処置 | 回 |
| ③ ①及び②の合計(③=①+②)     | 回 | ④抜歯手術   | 回 |
| ⑤有床義歯の新製             | 回 | ⑥有床義歯修理 | 回 |
| ⑦有床義歯内面適合法           | 回 |         |   |
| ⑧ ⑤、⑥及び⑦の合計(⑧=⑤+⑥+⑦) |   |         | 回 |

※回数は延べ算定回数を記載すること。

※③、④が20回以上であること。

※⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※⑧が40回以上であること。