

別添2

厚生局で番号を記載するため、  
空欄のままでよい。

特掲診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード	1234567	届出番号	(歯援診) 第 号
-----------	---------	------	--------------

連絡先  
担当者氏名: **保険医 太郎**  
電話番号: **03-0000-0000**

(届出事項)

[ **在宅療養支援歯科診療所** ] の施設基準に係る届出  
(20063)

当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 **28** 年 **12** 月 **12** 日

保険医療機関の所在地 **東京都〇〇区〇〇町1-1-1**  
及び名称 **東京保険医デンタルクリニック**

開設者名 **保険医 太郎** **保険医**

関東信越厚生局長 殿

備考 1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。  
2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。  
3 届出書は、正副2通提出のこと。

様式 18

研修を全て修了していることが  
確認できる文書を添付する。

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

1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ① 83 人

外来で歯科診療を提供した人数 ② 10 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すること。

※①、②とも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)= 0.89 ... (A)

2. 歯科訪問診療の実績(届出前1年間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 456 人

※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。

3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名(複数の場合は全員) <b>保険医 太郎</b>	
研修名	<b>在宅療養支援歯科診療所の講習会</b>
受講年月日	<b>平成27年2月7日</b>
研修の主催者	<b>東京歯科保険医協会</b>
講習の内容等	<b>高齢者の心身の特性、口腔機能管理、緊急時対応等に関する内容</b>

※ 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。  
※ 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。

4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)

氏名	常勤/非常勤
1) 北海道 冬子	○常勤/非常勤
2) 秋田 春美	常勤/○非常勤
3) 青森 恭子	常勤/○非常勤

5. 迅速に対応できる体制に係る事項

(1) 患者からの連絡を受ける体制: 対応体制 1 名で担当

- ・ 担当者の氏名及び職種  
**北海道 冬子 (歯科衛生士)**
- ・ 連絡方法・連絡先  
**直通専用電話: 03-0000-0000**

(2) 歯科訪問診療体制: 対応体制 1 名で担当

- ・ 担当医の氏名  
**保険医 太郎**

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 **東京クリニック**

(2) 在宅医療を行う医師の氏名 **千代田 三四郎**

(3) 連絡先 **03-0000-0000**

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 **北海道 冬子、03-0000-0000**
- ・ 資格、主な業務内容 **歯科衛生士、保険医療サービスや福祉サービスの連携担当者への連絡や調整**

8. 後方支援医療機関(歯科医療機関)

(1) 医療機関の名称 **東京保険医病院 歯科・口腔外科**

(2) 所在地 **東京都〇〇区〇〇町1-1-1**

(3) 連絡先 **03-0000-0000**

**自院の担当者を  
記入するので注意！！**

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。

1の(A)が0.95未満の場合は記載しない。

1の(A)が0.95未満の場合は記載しない。

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 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 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 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。