

基本診療料の施設基準等に係る届出書

届 出 番 号	
---------	--

(届出事項)

[歯科外来診療環境体制加算] の施設基準に係る届出

- 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 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

印

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「✓」を記入すること。
3 届出書は、正副 2 通提出のこと。

歯科外来診療環境体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

講習名 (テーマ)	当該講習会の主催者	受講年月日	受講者名 (常勤歯科医師名)

2 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)	氏 名 (常勤・非常勤)
1. (常勤・非常勤)	3. (常勤・非常勤)
2. (常勤・非常勤)	4. (常勤・非常勤)

3 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一 般 名 称	装置・器具等の製品名	台 数 (セット数)
自動体外式除細動器 (AED)		
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素ボンベ及び酸素マスク		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		
その他		

4 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称 :	担 当 医 名 :
所 在 地 :	連 絡 方 法 :
開 設 者 名 :	搬 送 方 法 :

5 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

歯科用ユニット数 :	台
滅菌器 (製品名等) :	

6 院内掲示の例を添付

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。
- 5 「新規」欄に「※」が付してある届出は、平成20年診療報酬改定により、施設基準が創設されたもの。
- 6 「新規」欄に「△」が付してある届出は、平成20年診療報酬改定により、施設基準が改正され、新たに届出が必要なもの。

		区 分		今回 届出	既届出	算 定 しない	様式 (別添7)
新規	施設基 準通知	名 称					
△1	2	電子化加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2
	3	地域歯科診療支援病院歯科初診料		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式3
※	4	歯科外来診療環境体制加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
※	27	地域歯科診療支援病院入院加算		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式41

※1 治療室単位での届出を行う場合に限る。

△1 第2の1(2)のウ以外の要件を満たす保険医療機関を除く。