

様式 17

歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算

歯科治療時医療管理料

歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算

在宅患者歯科治療時医療管理料

の施設基準に係る

届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当する施設基準に○をつけること。）

<input checked="" type="radio"/>	歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料
<input type="radio"/>	歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料

2 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数
関村 春男	5 年

3 歯科衛生士等の氏名等（常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと）

職種等	常勤換算 人数	氏 名
<input checked="" type="radio"/> 常勤 / <input type="radio"/> 非常勤 <input checked="" type="radio"/> 歯科衛生士 / <input type="radio"/> 看護師	1 人	関村 夏子
<input checked="" type="radio"/> 常勤 / <input type="radio"/> 非常勤 <input checked="" type="radio"/> 歯科衛生士 / <input type="radio"/> 看護師	0.7 人	関村 秋子
<input checked="" type="radio"/> 常勤 / <input type="radio"/> 非常勤 <input checked="" type="radio"/> 歯科衛生士 / <input type="radio"/> 看護師	0.3 人	関村 冬子
<input type="radio"/> 常勤 / <input type="radio"/> 非常勤		

常勤 1 名が必要。非常勤は複数名の常勤換算 1 名分で OK となります。

4 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）との連絡調整を担当する者（主として担当する者 1 名を記載）

氏 名	職 種 等
関村 春男	歯科医師

5 緊急時の連携保険医療機関

名 称	〇〇総合病院
所在地	東京都〇〇区〇〇1-1-1
緊急時の連絡方法・連絡体制	電話連絡

6 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）
経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）	（セキムラ）バイタルセンサ S-DV	1 台
酸素供給装置	（セキムラ）オキシカート 500	1 台
救急蘇生キット	（IMI）アンプ蘇生バッグ SPUR II	1 台