

# 「歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準」

別添 7

## 「届出書」「添付書類」の記入例

### 基本診療料の施設基準等に係る届出書

|                        |  |      |  |
|------------------------|--|------|--|
| 保険医療機関コード<br>又は保険薬局コード |  | 届出番号 |  |
|------------------------|--|------|--|

連絡先  
担当者氏名：  
電話番号：

(届出事項)

[ **歯科点数表の初診料の注1** ] の施設基準に係る届出

**すべてにチェックが必要**

- 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「レ」を記入すること。  
3 届出書は、1通提出のこと。

※ 届出書、添付書類は1通提出して下さい

※ 提出する届出書、添付書類はコピーをして医院に保管して下さい

・院内感染防止対策を実施している事がわかる「院内掲示」が必要

・院内感染防止対策に係る研修会等(過去4年以内に受講のもの)

「修了証の写し」(常勤の歯科医師)を添付する事

※ 修了証添付については、次ページ参照

様式2の6

### 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準に係る届出書添付書類

#### 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<br>(該当する番号に○)     | 1. 診療室内に設置した滅菌器を使用<br>2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌<br>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                    | 医療機器届出番号  |                      |
|                        | 製品名   |                      |
|                        | 製造販売業者名   |                      |
| 滅菌器の使用回数               | 1. 1日1回<br>3. 1日3回以上5回未満  | 2. 1日2回<br>4. 1日5回以上 |

自院の実態を記入

#### 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○)

※ 新規開業で実績無し

→ 記入の省略可能

|         | 概  | 要  |
|---------|--|--|
| 1日平均患者数 | 1. 10人未満<br>3. 20人以上30人未満<br>5. 40人以上50人未満 | 2. 10人以上20人未満<br>4. 30人以上40人未満<br>6. 50人以上 |

記入を省略の方

※ 新規開設のため、実績がない場合は「2」の記載は、省略して届け出て差し支えない。この場合において、翌年度の7月に当該様式により実績について届出すること。

#### 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<br>(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 |   |

自院の実態を記入

※ 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

[記入上の注意]

○ 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

※ 平成31年3月31日までは研修会等の受講要件を満たしているものとして取り扱われる

よって、最初の届出時、この用紙を提出していない場合は、

様式2の8

上記の経過措置期間以内に修了証添付の上、提出が必要

### 院内感染予防対策の研修に係る届出書添付書類

○ 常勤歯科医師名と院内感染予防対策に関する研修の受講歴等

| 受講者名<br>(常勤歯科医師名) | 研修名 (テーマ) | 受講年月日 | 当該講習会の主催者 |
|-------------------|-----------|-------|-----------|
| 必ず記入<br>常勤1名必要    |           |       |           |
|                   |           |       |           |
|                   |           |       |           |

記載省略が可能

※ 4年以内の受講を確認できる文書を添付すること。 ※ **修了証**

※ 研修の修了証等により内容を確認できる場合は受講者名以外の記載を省略して差し支えない。

※ 届出を行った日の属する月の翌月から起算して4年が経過するまでに当該様式を用いて再度の届出を行うこと。

※ **平成30年4月1日～9月30日の間で提出済の場合**

→ **平成30年10月から起算して4年経過するまでに再度の届出必要**