

歯科治療時医療管理料
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。）

☒	歯科治療時医療管理料
☐	在宅患者歯科治療時医療管理料

訪問診療をされる先生はこちらも別に書類が必要

2 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

注意：非常勤の衛生士だけでは不可

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
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人	
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人	
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人	
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人	

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
先生ご自身かスタッフの名前	

5 緊急時の連携保険医療機関

名 称	岡山大学病院
所在地	岡山市鹿田町2-5-1
緊急時の連絡方法・連絡体制	電話等による連絡

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）	必須	
酸素供給装置	必須	
救急蘇生セット	必須	