

当医院からのご案内

- ◆ 当医院は、以下の施設基準等に適合している旨、厚生労働省地方厚生(支)局に届出を行っています。

□ 歯科遠隔連携診療料

口腔がんをはじめとした、難治性の疾患をお持ちの患者さんの術後経過や症状確認等を行うために、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、専門的な診療を行っている他の保険医療機関と連携のうえ、必要な診療等を実施しています。

連携先内科医療機関名（病院等含む）：

連携先歯科医療機関名（病院等含む）：

電話番号：

□ 在宅歯科医療情報連携加算

通院が困難な在宅療養を行っている患者さんの同意の下、その診療情報等を活用し、計画的な歯科医学的管理を実施するための連携体制を常に整備しています。

連携先内科医療機関名（病院等含む）：

連携先歯科医療機関名（病院等含む）：

電話番号：

□ 歯科外来診療医療安全対策加算1

当医院には、医療安全対策に関する研修を受けた歯科医師及び医療安全管理者を配置、自動体外式除細動器（AED）を保有し、緊急時の対応及び医療安全について十分な体制を整備しています。

連携先内科医療機関名（病院等含む）：

連携先歯科医療機関名（病院等含む）：

電話番号：

☐ 歯科外来診療感染対策加算1

当医院では、院内感染管理者を配置しており、院内感染防止対策について十分な体制を整備しています。

連携先医科医療機関名（病院等含む）：

連携先歯科医療機関名（病院等含む）：

電話番号：

☐ 歯科外来診療感染対策加算2

当医院では、院内感染管理者を配置しており、院内感染防止対策について十分な体制を整えているほか、感染症法上での新興感染症等の発生時においても医科医療機関等との連携を取りつつ円滑な歯科診療を実施するとともに、新興感染症等により患した（疑似症状を含む）他の医療機関からの患者さんを受け入れるための体制を整備しています。

連携先医科医療機関名（病院等含む）：

連携先歯科医療機関名（病院等含む）：

電話番号：

☐ 歯科治療時医療管理料

患者さんの歯科治療にあたり、医科の主治医や病院と連携し、モニタリング等、全身的な管理体制を取ることができます。

連携先医科医療機関名（病院等含む）：

連携先歯科医療機関名（病院等含む）：

電話番号：

☐ 在宅患者歯科治療時医療管理料

治療前、治療中及び治療後における患者さんの全身状態を管理できる体制を整備しており、下記の保険医療機関と連携し、緊急時の対応を確保しています。

連携先医科医療機関名（病院等含む）：

連携先歯科医療機関名（病院等含む）：

電話番号：

☐ 在宅療養支援歯科診療所1・2

訪問診療に際し、歯科医療面から支援できる体制等を確保し、下記の歯科医療機関と連携しています。

連携先医科医療機関名（病院等含む）：

連携先歯科医療機関名（病院等含む）：

電話番号：

☐ 地域医療連携体制加算

訪問診療に際し、地域医療連携体制の円滑な運営を図るべく、下記の歯科医療機関と連携し、緊急時の対応を確保しています。

連携先医科医療機関名（病院等含む）：

連携先歯科医療機関名（病院等含む）：

電話番号：

☐ 歯科診療特別対応連携加算

安心で安全な歯科医療環境の提供を行うために、以下の装置・器具を備えています。

- ・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（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
- ・救急蘇生セット

緊急時に円滑な対応ができるよう、下記の医科医療機関及び歯科医療機関と連携しています。

連携先医科医療機関名（病院等含む）：

連携先歯科医療機関名（病院等含む）：

電話番号：

□ 小児口腔機能管理料の注 3 に規定する口腔管理体制強化加算

歯科疾患の重症化予防に資する継続管理（口腔機能等の管理を含むもの）、高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等に係る研修を全て修了するとともに、う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続管理の実績があり、地域連携に関する会議等に参加しています。

連携先医科医療機関名（病院等含む）： _____

連携先歯科医療機関名（病院等含む）： _____

電話番号： _____

□ 歯科矯正診断料

歯科矯正セファログラム（頭部エックス線規格写真）が行える機器を備えています。歯科矯正の手術を担当する下記の病院歯科と連携しています。

連携先医科医療機関名（病院等含む）： _____

連携先歯科医療機関名（病院等含む）： _____

電話番号： _____

□ 顎口腔機能診断料

下顎運動検査、歯科矯正セファログラム（頭部エックス線規格写真）及び咀嚼筋筋電図検査が行える機器を備えています。歯科矯正の手術を担当する下記の病院歯科と連携しています。

連携先医科医療機関名（病院等含む）： _____

連携先歯科医療機関名（病院等含む）： _____

電話番号： _____

歯科医院 管理者（院長）： _____