

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1. 歯科訪問診療の実績（直近の1年間の実績）	
歯科訪問診療料を算定した人数	_____人
歯科訪問診療料を算定した回数	_____回
2. 後期高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講暦等	
受講歯科医師名（複数の場合は全員）	
研 修 名	
受 講 年 月 日	
研 修 主 催 者	
講 習 の 内 容 等	
<p style="margin: 0;">後期高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。</p> <p style="margin: 0;">研修会の修了書の写しの添付でも可とするものであること。</p>	
3. 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲む）	
氏 名	
1)	常勤 / 非常勤
2)	常勤 / 非常勤
3)	常勤 / 非常勤
4. 迅速に対応できる体制に係る事項	
(1) 患者からの連絡を受ける体制：対応体制 _____名で担当・交代制（ 有 ・ 無 ）	
・ 担当者の氏名及び職種	・ 連絡方法・連絡先
(2) 歯科訪問診療体制：対応体制 _____名で担当・交代制（ 有 ・ 無 ）	
・ 担当者の氏名	
5. 在宅療養を担う連携医療機関	
(1) 医療機関の名称	(3) 担当医の氏名
(2) 開設者名	(4) 連絡先
6. 保険医療サービス及び福祉サービスの連携担当者	
・ 氏名、連絡先	
・ 資格、主な業務内容	
7. 後方支援医療機関（歯科医療機関）	
(1) 医療機関の名称	(4) 担当医の氏名
(2) 開設者名	(5) 連絡先
(3) 所在地	