

## 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 (該当する番号に○)		1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 中央滅菌部門において滅菌(病院の場合に限る) 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 3. 1日3回以上5回未満	2. 1日2回 4. 1日5回以上

## 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○)

		概要	
1日平均患者数 (歯科訪問診療の患者を含む)		1. 10人未満 3. 20人以上30人未満 5. 40人以上50人未満	2. 10人以上20人未満 4. 30人以上40人未満 6. 50人以上

※ 新規開設のため、実績がない場合は省略して差し支えない。

## 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 (歯科診療室用機器に限る)	保有数	本
歯科用ユニット数	保有数	台

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的な名称である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

## 4 常勤歯科医師の院内感染防止対策に関する研修の受講歴等

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

※4年以内の受講を確認できる文書を添付すること。

※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。

## [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ないこと。

## 様式 2 の 7

## 歯科点数表の初診料の注 1 の施設基準に係る報告書（7月報告）

## 1 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に○）

概要	
1日平均患者数 (届出前3ヶ月間)	1. 10人未満      2. 10人以上20人未満 3. 20人以上30人未満    4. 30人以上40人未満 5. 40人以上50人未満    6. 50人以上
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌（業者名：）
「1. 診療室内に設置した滅菌器を使用」に該当する場合は以下について記載	
滅菌の体制について (1日あたりの滅菌の実施回数)	1. 1日1回      2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満    4. 1日5回以上

## 2 当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

機器名	概要
歯科用ハンドピース (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

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的な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

## 3 常勤歯科医師の院内感染防止対策に関する研修の受講歴等（4年以内の受講について記入すること）

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

## 4 当該保険医療機関における院内研修の実施状況（該当する□に「✓」を記入）

- 受講すべき職員がいない（雇用している職員がいない場合を含む）  
 職員に対する院内研修を実施した（実施内容等を下表に記入。複数選択可。）

方法	□院内研修を実施		□院外研修を受講	
内容	□標準予防策 □手指衛生 □その他（　　）	□環境整備 □職業感染防止	□医療機器の洗浄・消毒・滅菌 □感染廃棄物の処理	