

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 | □環境整備 | □医療機器の洗浄・消毒・滅菌 |
| | □手指衛生 | □職業感染防止 | □感染廃棄物の処理 |
| | □その他（) | | |

裏面に記載上の注意があります

【記載上の注意】

- 1 令和2年度診療報酬改定において、「職員が対象とした院内感染予防対策にかかる標準予防策等の院内研修を実施していること。」が要件となっています。なお、令和2年3月31日において、現に行っている保険医療機関については、令和2年6月30日までに院内研修を実施する必要があります。

- 2 令和2年度診療報酬改定で常勤歯科医師の研修受講の確認が、算定開始年月日から4年以内に研修を受講し届け出るものから、毎年の定例報告において直近4年以内の受講した研修を記載するものに変更されました。

- 3 今回の報告においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のために研修が受講できない状況であれば、研修開始から4年を越える場合であっても、その研修を報告書に記載し、受講可能となった後に速やかに受講してください。