

【記入見本】

※関東信越厚生局のホームページからダウンロードできます。

(別紙様式27)

歯科点数表の初診料の注1の施設基準に係る報告書(8月報告)

(令和6年8月1日)

所在地 **東京都新宿区高田馬場●-●-●**

保険医療機関名 **協会デンタルクリニック**

保険医療機関コード(レセプトに記載する7桁の数字を記載)

1234567

※今年度から8月1日現在の状況を記載します。

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	15本
歯科用ユニット数	保有数	3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(標準予防策及び新興感染症に対する対策)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
協会太郎	第●回院内感染防止対策講習会	2024年●月●日	東京歯科保険医協会

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。) ※項番3に記載した歯科医師以外のスタッフがいる場合は「研修」が必要です。院内で行う研修も可能です。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 院内研修を実施	<input type="checkbox"/> 院外研修を受講
内容	<input checked="" type="checkbox"/> 標準予防策 <input checked="" type="checkbox"/> 新興感染症に対する対策 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機器の洗浄・消毒・滅菌 <input type="checkbox"/> 職業感染防止 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 環境整備 <input checked="" type="checkbox"/> 手指衛生 <input checked="" type="checkbox"/> 感染性廃棄物の処理

※研修内容は「標準予防策」と「新興感染症に対する対策」を最低でも含める必要があります。