

様式 17

歯科治療総合医療管理料・在宅患者歯科治療総合医療管理料  
の施設基準に係る届出書

1 該当するものに○をつけること

歯科治療総合医療管理料

在宅患者歯科治療総合医療管理料

2 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	役職	経験年数

3 歯科衛生士等の氏名等（常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと）

職種等	氏名
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	

4 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）との  
連絡調整を担当する者

氏名	職種等

5 緊急時の連絡・対応方法

--

6 緊急時の連携保険医療機関

① 名 称	
② 所 在 地	
③ 開 設 者 氏 名	
④ 担 当 医 師 名	
⑤ 調 整 担 当 者 名	
⑥ 連 絡 方 法	

(注) 医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

7 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の固有名	台数
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素		
救急蘇生キット		
そ の 他		