

令和 年 月 日

口腔連携強化加算に関する届出書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|-----|--|-------|--|---------------|-------------|---------|--|---------|--|-----|--|-------|--|---------------|-------------|---------|--|---------|--|-----|--|-------|--|---------------|-------------|---------|--|
| 1 事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 訪問看護事業所 (訪問看護ステーション) <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 訪問リハビリテーション事業所 <input type="checkbox"/> 4 (介護予防) 短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 5 (介護予防) 短期入所療養介護事業所 <input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 歯科医療機関との連携の状況 | <p>1. 連携歯科医療機関</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr><td style="width: 60%; text-align: center;">歯科医療機関名</td><td style="width: 40%;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">所在地</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">歯科訪問診療料の算定の実績</td><td style="text-align: center;">年 月 日</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>2. 連携歯科医療機関</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr><td style="width: 60%; text-align: center;">歯科医療機関名</td><td style="width: 40%;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">所在地</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">歯科訪問診療料の算定の実績</td><td style="text-align: center;">年 月 日</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>3. 連携歯科医療機関</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 60%; text-align: center;">歯科医療機関名</td><td style="width: 40%;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">所在地</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">歯科訪問診療料の算定の実績</td><td style="text-align: center;">年 月 日</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> | 歯科医療機関名 | | 所在地 | | 歯科医師名 | | 歯科訪問診療料の算定の実績 | 年 月 日 | 連絡先電話番号 | | 歯科医療機関名 | | 所在地 | | 歯科医師名 | | 歯科訪問診療料の算定の実績 | 年 月 日 | 連絡先電話番号 | | 歯科医療機関名 | | 所在地 | | 歯科医師名 | | 歯科訪問診療料の算定の実績 | 年 月 日 | 連絡先電話番号 | |
| 歯科医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯科医師名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯科訪問診療料の算定の実績 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯科医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯科医師名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯科訪問診療料の算定の実績 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯科医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯科医師名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯科訪問診療料の算定の実績 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注1 「連携歯科医療機関」とは、利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に対して、口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談できる体制を確保している歯科医療機関である。

注2 「連携歯科医療機関」は1つ以上の記載が必要である。なお、記入欄が不足している場合には、「歯科医療機関との連携の状況」のみを追加記載した様式を別途添付しても差し支えない。

注3 「歯科訪問診療料の算定の実績」とは、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績であり、直近の算定日を記載すること。

※ 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。