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

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">概　　要</td></tr>
<tr><td>滅菌体制<br>（該当する番号に〇）</td><td colspan="2">1. 診療室内に設置した滅菌器を使用<br>2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌<br>3. 外部の業者において滅菌（業者名：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. に該当する場合は以下の事項について記載</td></tr>
<tr><td rowspan="3">滅菌器</td><td>医療機器認証番号</td><td></td></tr>
<tr><td>製品名</td><td></td></tr>
<tr><td>製造販売業者名</td><td></td></tr>
<tr><td>滅菌の体制について<br>（1日あたりの滅菌の実施回数）</td><td colspan="2">1. 1日1回　　2. 1日2回<br>3. 1日3回以上5回未満　　4. 1日5回以上</td></tr>
</table>

2　当該保険医療機関の平均患者数の実績（該当する番号に〇）

| | 概　　要 |
|---|---|
| 1日平均患者数<br>（届出前3ヶ月間） | 1. 10人未満　　2. 10人以上20人未満<br>3. 20人以上30人未満　　4. 30人以上40人未満<br>5. 40人以上50人未満　　6. 50人以上 |

※　実績がない場合は「2」の記載は、省略して届け出て差し支えない。

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<br>（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

［記入上の注意］

〇　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えないこと。

京都府歯科保険医協会