

口腔管理連携加算の施設基準に係る届出書添付書類

|                                               |                                |                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------------|
| 当該医療機関自らによる歯科診療の実施有無<br>(1つを選択し○で囲むこと。)       |                                | 実施している ・ 実施していない |
| 連携体制を構築している<br>別他の歯科医療機関の名称                   | 1                              |                  |
|                                               | 2                              |                  |
|                                               | 3                              |                  |
|                                               | 4                              |                  |
|                                               | 5                              |                  |
| 歯科医療機関との連携状況等(※1)についての掲示状況<br>(1つを選択し○で囲むこと。) |                                | 掲示している ・ 掲示していない |
| 掲示内容について掲載しているウェブサイトのURL                      |                                |                  |
| 前年度過去1年間の<br>実績(※2)                           | 連携歯科医療機関による歯科訪問診療<br>の実績(3件以上) | 件                |
|                                               | 歯科医療機関連携加算1の算定回数<br>(3件以上)     | 件                |

※1 別の歯科医療機関と連携体制を構築していること、必要時は入院中に歯科受診が行われること及び当該歯科医療機関の名称。

※2 令和9年5月31日までの間は当該基準を満たしているものとみなす。

[添付文書]

以下の文書を添付して届け出ること。

○ 連携している歯科医療機関から提供されている連絡先や連絡方法等についての情報が示された文書