

当医院からのご案内

- ◆ 当医院は、以下の施設基準等に適合している旨、厚生労働省地方厚生（支）局に届出を行っています。

☑ 歯科外来診療医療安全対策加算 1

当医院には、医療安全対策に関する研修を受けた歯科医師及び医療安全管理者を配置、自動体外式除細動器（ＡＥＤ）を保有し、緊急時には他の医療機関と連携するとともに、医療安全に係る十分な体制を整備しています。

連携先医療機関名（病院等含む）： 大阪歯科大学附属病院

電話 番 号 : 06-6910-1111

連携の方法等：電話および問い合わせ口への連絡

☑ 歯科外来診療感染対策加算 1

当医院では、院内感染管理者を配置しており、院内感染防止対策について十分な体制を整備しています。

□ 歯科外来診療感染対策加算 2

当医院では、院内感染管理者を配置しており、院内感染防止対策について十分な体制を整えているほか、感染症法上での新興感染症等の発生時においても医科医療機関等との連携を取りつつ円滑な歯科診療を実施するとともに、新興感染症等に罹患した（疑似症状を含む）他の医療機関からの患者さんを受け入れるための体制を整備しています。

連携先医療機関名（病院等含む）：

電話 番 号 : _____

✓ 小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算

歯科疾患の重症化予防に資する継続管理（口腔機能等の管理を含むもの）、高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等に係る研修を全て修了するとともに、う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続管理の実績があり、地域連携に関する会議等に参加しています。

連携先医療機関名（病院等含む）： 大阪歯科大学附属病院

電話 番 号 : 06-6910-1111

☐ **在宅療養支援歯科診療所 1 ・ 2**

訪問診療に際し、歯科医療面から支援できる体制等を確保するとともに、他の医療機関と連携しています。

連携先医療機関名（病院等含む） : _____

電話 番 号 :

☒ **歯科診療特別対応連携加算**

安心で安全な歯科医療環境の提供を行うために、以下の装置・器具を備えています。

- ・ 自動体外式除細動器（A E D）
- ・ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
- ・ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
- ・ 救急蘇生セット

また、緊急時に円滑な対応ができるよう、他の医科医療機関及び歯科医療機関と連携しています。

連携先医療機関名（病院等含む） : 大阪歯科大学附属病院

電話 番 号 : 06-6910-1111

☒ **歯科治療時医療管理料**

患者さんの歯科治療にあたり、医科の主治医や病院と連携し、モニタリング等、全身的な管理体制を取ることができます。

連携先医療機関名（病院等含む） : 大阪歯科大学附属病院

電話 番 号 : 06-6910-1111

☐ **在宅患者歯科治療時医療管理料**

治療前、治療中及び治療後における患者さんの全身状態を管理できる体制を整備し、他の保険医療機関と連携し、緊急時の対応を確保しています。

連携先医療機関名（病院等含む） : _____

電話 番 号 :

☐ **在宅歯科医療情報連携加算**

通院が困難な在宅療養を行っている患者さんの同意の下、その診療情報等を活用し、
計画的な歯科医学的管理を実施するための連携体制を常に整備しています。

連携先医療機関名（病院等含む）： _____

電 話 番 号： _____

□ 地域医療連携体制加算

訪問診療に際し、地域医療連携体制の円滑な運営を図るべく、他の医療機関と連携し、緊急時の対応を確保しています。

連携先医療機関名（病院等含む）： _____

電 話 番 号： _____

□ 歯科口腔リハビリテーション料2

顎関節症の患者さんに、顎関節治療用装置を製作し、指導や訓練を行っています。

連携先医療機関名（病院等含む）： _____

電 話 番 号： _____

□ 歯科矯正診断料

歯科矯正セファログラム（頭部エックス線規格写真）が行える機器を備えています。

歯科矯正の手術を担当する他の医療機関（病院歯科）と連携しています。

連携先医療機関名（病院等含む）： _____

電 話 番 号： _____

□ 顎口腔機能診断料

下顎運動検査、歯科矯正セファログラム（頭部エックス線規格写真）及び咀嚼筋筋

電図検査が行える機器を備えています。歯科矯正の手術を担当する他の医療機関（病院歯科）と連携しています。

連携先医療機関名（病院等含む）： _____

電 話 番 号： _____

□ 周術期栄養管理実施加算

医師や専任の管理栄養士と連携し、周術期の患者さんの日々の栄養状態を把握し、

術前・術後の適切な栄養管理を実施しています。

□ **こころの連携指導料**

精神科、または心療内科医等による療養上の指導が必要と判断された患者さんに対して、患者さん同意のもと、当医院における診療情報等を精神科、または心療内科等に文書により情報提供いたします。

連携先医療機関名（病院等含む）： _____

電 話 番 号：