

## 第 14 の 1 の 3 歯科訪問診療料の注 7 に規定する施設基準（歯訪問）

### 1 歯科訪問診療料の注 7 に規定する施設基準

#### (1) 次のいずれかに該当すること。

- ア 歯科訪問診療料 1 又は歯科訪問診療料 2 の算定実績が 12 回以上あること。
- イ 患家で療養している患者又は入院患者に対する歯科訪問診療の実績が 6 回以上あること。
- ウ 次のいずれかに該当すること。
  - (イ) 福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力していること。
  - (ロ) 都道府県等が実施する事業に協力していること。
  - (ハ) 学校歯科医等の業務を行っていること。

#### (2) 当該保険医療機関の歯科訪問診療の実施状況等が把握できる体制並びに他の保険医療機関、介護保険法第 8 条第 25 項に規定する介護保険施設等及び児童福祉法第 42 条に規定する障害児入所施設等の施設における歯科訪問診療の担当者に、治療内容、治療計画を必要に応じて共有できる体制を確保していること。

### 2 届出に関する事項

歯科訪問診療料の注 7 に規定する施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

# 資料 4

様式第二号の二(第二十三条関係)

処 方 箋									
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)									
分割指示に係る処方箋 〃分割の〃回目									
公費負担者番号			保 険 者 番 号						
公費負担医療の受給者番号			被保険者資格に係る記号・番号 (枝番)						
患 者	氏 名		保険医療機関の所在地及び名称						
	生年月日	明大昭平令 年 月 日	男・女		電 話 番 号				
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名 (印)				
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					
交付年月日		令和 年 月 日		処 方 箋 の 使 用 期 間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。	
処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。						
	保 険 医 署 名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)								
備 考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供								
	調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号				
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名 (印)			公費負担医療の受給者番号						

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。