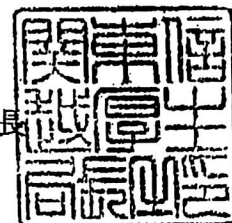


関厚発0402第 5号  
平成27年4月2日

開設者 [REDACTED] 様

関東信越厚生局長



関東信越厚生局及び千葉県による社会保険医療担当者の個別指導の実施について（通知）

社会保険医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度、健康保険法第73条（船員保険法第59条において準用する場合を含む）、国民健康保険法第41条及び高齢者の医療の確保に関する法律第66条の規定により、下記のとおり関東信越厚生局及び千葉県による個別指導を実施いたしますので通知します。

なお、正当な理由がなく個別指導を欠席した場合は、監査の対象となりますので御留意ください。

記

1 目的

保険医療機関における保険診療等について定められている「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等をさらに理解していただき、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的としています。

2 日時 平成27年4月23日（木） 13時15分 から2時間程度

3 場所 千葉県教育会館 3F会議室  
※受付・控室は2Fの202会議室になります。  
千葉市中央区中央4丁目13番10号  
TEL043-227-6141

4 出席者 開設者、管理者、保険医（下記5で、別途連絡することとした患者に係る診療に関与した保険医については、必ず出席してください。）及び請求事務担当者等（貴保険医療機関において勤務する従事者に限ります。）  
※ 開設者がやむを得ず出席出来ない場合は、委任状をご持参ください（その際は事前にご連絡願います）。

## 5 当日準備していただく書類等

- (1) 診療録及び患者への交付文書（クラウン・ブリッジ維持管理料に係る文書等、医学管理・在宅医療等に係る情報提供文書等）の控、患者に交付した領収証の控（※1）、歯科衛生士業務記録等（※2）、歯科技工指示書及び納品伝票等

※1 領収書の控は、作成・保存していなければ持参する必要はありません。

※2 歯科衛生実地指導および訪問歯科衛生指導に係る患者への提供文書の写しは「業務に関する記録」として扱われますので、提供文書の写しがきちんと保存されていれば、別途業務記録を作成する必要はありません。なお、貴院において更に工夫されて衛生指導記録を整理している場合は、それらをご持参下さい。

- (2) X線フィルム（パノラマ、デンタル等）及び口腔内カラー写真（ただし、デジタル映像として電子媒体に保存している場合にあっては、当所にご相談ください。）
- (3) 平行測定模型及び未装着物
- (4) 歯科訪問診療を行った日時及び訪問診療を行った歯科医師の氏名が記載された、患者若しくはその家族又は介護施設職員等の関係者のいずれかに提供した文書の写し（歯科訪問診療料2又は歯科訪問診療料3を算定している場合）

- 上記の(1)から(4)については、別途連絡する患者（実施日の前日までに連絡）に係る初診時（(4)は平成26年4月以降分）からのすべての記録（保存期間を終了していない記録が対象であり、自費診療分も含む）をご持参ください。

なお、初診時とは貴院において初めて受診した日をいいます。

- (5) 金属材料、薬剤、その他の歯科材料等の購入・納品伝票（平成26年4月以降分）※ 酸素については、当該年度の単価の算定の根拠となった購入・納品伝票
- (6) 患者ごとの一部負担金徴収に係る日計表又は患者ごとの内訳のわかる帳簿又は患者ごとの内訳のわかる現金出納簿及び患者ごとの予約状況が分かる予約簿等（平成26年4月以降分）  
※ 作成あるいは保存していなければ持参の必要はありません。
- (7) 審査・支払機関からの返戻・増減点通知に関する書類（平成26年4月以降分）  
※ 保存していない場合は、持参の必要はありません。
- (8) 様式例〔領収証、明細書、処方せん（※）、技工指示書（いずれもコピーでも可）〕  
※ 院外処方せんを発行している場合のみ。
- (9) 技工物単価表 ※ 単価表がない場合は、新たに作成準備する必要はありません。
- (10) 患者への交付文書（薬剤情報提供に関する文書及び薬袋、クラウン・ブリッジ維持管理料に係る文書等、医学管理・在宅医療等に係る情報提供文書等）の様式（各1部）
- (11) 院内掲示物例（クラウン・ブリッジ維持管理料に関する掲示物例等）
- (12) 別紙「保険医療機関（歯科）の現況」
- (13) 診療報酬請求事務を外部委託している場合は、その契約書等

## 6 その他

- (1) 診療録については、別途連絡する「患者一覧表」の番号順で整理をお願いします。
- (2) 指導に当たっては、上記以外の資料をお願いすることがありますので、御承知おき下さい。
- (3) 指導当日は、準備等のため指導開始時刻の10分前までに御来場願います。

保険医療機関(歯科)の現況

記入年月日 平成 年 月 日

※ 該当項目の□に「✓」を記入

1 保険医療機関に係る基本的事項

医療機関コード	フリガナ		
	医療機関名称		
所在地	TEL ( ) FAX ( )		
開院年月日	昭和・平成 年 月	診療所の形態	<input type="checkbox"/> 診療所のみ <input type="checkbox"/> 住居併用
標榜診療科	<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科		
施設基準 (歯科併設の 病院について は、別紙 に記入)	<input type="checkbox"/> 明細書発行体制等加算 <input type="checkbox"/> 歯科診療特別対応連携加算 <input type="checkbox"/> 歯科外来診療環境体制加算 <input type="checkbox"/> 歯科治療総合医療管理料 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援歯科診療所 <input type="checkbox"/> 地域医療連携体制加算 <input type="checkbox"/> 在宅かかりつけ歯科診療所加算 <input type="checkbox"/> 在宅患者歯科治療総合医療管理料 <input type="checkbox"/> 歯科口腔リハビリテーション料2 <input type="checkbox"/> う蝕歯無痛の窩洞形成加算 <input type="checkbox"/> CAD/CAM冠 <input type="checkbox"/> 手術時歯根面レーザー応用加算 <input type="checkbox"/> 歯周組織再生誘導手術 <input type="checkbox"/> クラウン・ブリッジ維持管理料 <input type="checkbox"/> 歯科技工加算 <input type="checkbox"/> 歯科矯正診断料 <input type="checkbox"/> 顎口腔機能診断料		
院内掲示 事項	<input type="checkbox"/> 明細書の発行に係る掲示 <input type="checkbox"/> 施設基準に係る事項 <input type="checkbox"/> 有床義歯の取扱い <input type="checkbox"/> 保険外併用療養費(□金属床による総義歯の提供 □う蝕に罹患している患者の指導管理) <input type="checkbox"/> 保険外負担 <input type="checkbox"/> 個人情報保護 <input type="checkbox"/> 保険医療機関の標示 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 該当する掲示なし		
届出・報告	<input type="checkbox"/> 酸素の購入実績(購入単価 円/ℓ) <input type="checkbox"/> 歯科衛生実地指導 <input type="checkbox"/> フッ化物局所応用・小窩裂溝填塞 <input type="checkbox"/> 金属床総義歯 <input type="checkbox"/> 明細書の発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書		
指定	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 児童福祉 <input type="checkbox"/> 母子保健 <input type="checkbox"/> 戦傷病者 <input type="checkbox"/> 原爆医療 <input type="checkbox"/> 障害者自立支援(校正・育成医療) <input type="checkbox"/> その他( )		

2 開設者・管理者

	氏名	生年月日	保険医登録番号	出身大学
				卒業年月
フリガナ		明治・大正・昭和・平成	歯	
開設者氏名		年 月 日生		昭・平 年 月
フリガナ		明治・大正・昭和・平成	千歯	
管理者氏名		年 月 日生		昭・平 年 月

※ 開設者と管理者が同一の場合は開設者欄のみ記入

履歴書

(開設者と管理者が同一人の場合は、開設者欄のみ記入)

開設者氏名	
昭和・平成 年 月	大学・歯科大学 歯学部 部 卒業
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	

管理者氏名	
昭和・平成 年 月	大学・歯科大学 歯学部 部 卒業
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	
昭和・平成 年 月	

3 診療形態

標榜時間	曜日等	午前	午後	休日	夏期			
	月	<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 休診	～		～	～		
	火	<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 休診	～		～			
	水	<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 休診	～		～	年末・年始		
	木	<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 休診	～		～	～		
	金	<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 休診	～		～			
	土	<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 休診	～		～	その他		
	日	<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 休診	～		～	毎週 曜日・		
予約制	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 初診 ・ <input type="checkbox"/> 再診 ) <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 無							
平均患者数	約 人/日 (訪問診療 約 人/日・週・月)	自由診療患者	約 人/月・年					
訪問診療	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行っている (往診車 <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない) 訪問先 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他( ) 依頼者 <input type="checkbox"/> 患者・家族 <input type="checkbox"/> 施設担当者 <input type="checkbox"/> その他( ) 訪問診療の状況 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 曜日・日を決めている(毎週 曜日) <input type="checkbox"/> その他( ) 訪問診療を行う歯科医師 _____人 歯科衛生士 _____人 その他( ) _____人							
	直近6ヶ月の訪問診療の実施状況							
	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月		
	人	人	人	人	人	人		
診療設備	ユニット 台 訪問診療用ポータブル機器 台 訪問診療用切削器具 台							
	口内法 (従来型 台 デジタル型 台) 訪問診療用ポータブルエックス線装置 台							
	設置場所 <input type="checkbox"/> エックス線撮影室 <input type="checkbox"/> ユニット							
	パノラマ (従来型 台 デジタル型 台) 歯科用CT 台 (メーカー名 )							
	設置場所 <input type="checkbox"/> エックス線撮影室 <input type="checkbox"/> その他( )							
レーザー機器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (メーカー名 )								
CAD/CAM冠制作機器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> CAM )								
従業員	歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	薬剤師	准・看護師	事務員	その他	計
	常勤	人	人	人	人	人	人	人
非常勤	人	人	人	人	人	人	人	人
業務内容	歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 予防処置(フッ化物塗布・スクーリング等) <input type="checkbox"/> 歯科診療の補助(バキューム等) <input type="checkbox"/> 歯科保健指導(ブラッシング指導・療養上の指導等) <input type="checkbox"/> 訪問診療(指導等) <input type="checkbox"/> その他( ) 業務記録簿 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	歯科助手	<input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 診療器具の手入れ・院内の清掃等 <input type="checkbox"/> 患者誘導 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士の補助 <input type="checkbox"/> その他( )						
	事務職員	<input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> 一部負担金の受領 <input type="checkbox"/> その他( )						

4 歯科技工

自 院	歯科技工を行っていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		院内技工指示書はありますか。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 診療録記載	
	制作者	歯科医師 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 主な制作物: 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 (主な制作物: )		
外 注	全て外注ですか。 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部		技工指示書はありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	技工所名称 住所・電話番号		依頼内容	
	名称	<input type="checkbox"/> インレー <input type="checkbox"/> 支台築造 <input type="checkbox"/> 歯冠修復(FMC等)		
	住所	<input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 有床義歯 <input type="checkbox"/> 自由診療の補綴物		
	電話	<input type="checkbox"/> CAD/CAM冠 <input type="checkbox"/> その他( )		
	名称	<input type="checkbox"/> インレー <input type="checkbox"/> 支台築造 <input type="checkbox"/> 歯冠修復(FMC等)		
	住所	<input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 有床義歯 <input type="checkbox"/> 自由診療の補綴物		
	電話	<input type="checkbox"/> CAD/CAM冠 <input type="checkbox"/> その他( )		
名称	<input type="checkbox"/> インレー <input type="checkbox"/> 支台築造 <input type="checkbox"/> 歯冠修復(FMC等)			
住所	<input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 有床義歯 <input type="checkbox"/> 自由診療の補綴物			
電話	<input type="checkbox"/> CAD/CAM冠 <input type="checkbox"/> その他( )			
名称	<input type="checkbox"/> インレー <input type="checkbox"/> 支台築造 <input type="checkbox"/> 歯冠修復(FMC等)			
住所	<input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 有床義歯 <input type="checkbox"/> 自由診療の補綴物			
電話	<input type="checkbox"/> CAD/CAM冠 <input type="checkbox"/> その他( )			

5 診療録等の保管

診療録	治療終了から <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> 5年	エックス線写真	治療終了から <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> 5年
技工指示書	治療終了から <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> 5年	平行測定模型	治療終了から <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> 5年

6 事務的取扱い

受付業務	被保険者証の確認者 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> その他
	確認の頻度 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> その他( )
	被保険者証のコピー(スキャナー等による場合も含む)を行っていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	被保険者証のコピーを行う場合、患者の了解をとっていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	コピーした被保険者証の処分方法 <input type="checkbox"/> 患者さんへ返却 <input type="checkbox"/> シュレッダー等により裁断 <input type="checkbox"/> その他( )
	予診票・問診票を使用していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	負傷原因が業務上又は第三者行為によるものか確認していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

診療録記載 (入力)	診療録 <input type="checkbox"/> 手書き <input type="checkbox"/> パソコンによるカルテの作成(電子カルテ以外) <input type="checkbox"/> 電子カルテ					
	保険医(歯科医師)以外が記載(入力)することがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	上記質問に「はい」の場合、誰が記載(入力)していますか。 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 委託業者 <input type="checkbox"/> その他( )					
	パソコンカルテを使用していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ メーカー名 _____ ソフト名 _____					
会計業務	誰が行っていますか。 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> その他					
	領収証を交付していますか。 <input type="checkbox"/> はい( <input type="checkbox"/> 手書き <input type="checkbox"/> コンピュータ出力 ) <input type="checkbox"/> いいえ					
	詳細な明細書を交付できますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
診療報酬 明細書 (レセプト)	オンライン請求(電子媒体を含む)を行っていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	レセプトコンピューターによる作成を行っていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ メーカー名 _____					
	レセプトコンピューターは自院に設置されていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	レセプトの作成者 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 業者委託					
	セキュリティシステムが装備されていますか。 <input type="checkbox"/> はい( <input type="checkbox"/> パスワード <input type="checkbox"/> 生体認証 ) <input type="checkbox"/> いいえ					
	委託の場合 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 業者(委託業者名 _____ ) 契約内容( <input type="checkbox"/> 固定 ・ <input type="checkbox"/> 定率 ) [住所 _____ 電話番号 _____ ]					
	委託業務内容 <input type="checkbox"/> 記載(入力) <input type="checkbox"/> 内容点検 <input type="checkbox"/> レセプト印刷(どこで <input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 業者)					
	記載あるいは入力はどこで行われますか。 <input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 院外 契約書の有無( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )					
	診療録と明細書(レセプト)の突合を行っていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	誰が行っていますか。 <input type="checkbox"/> 開設者・管理者 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 委託業者等					
	明細書(レセプト)の訂正は、誰が行っていますか。 <input type="checkbox"/> 開設者・管理者 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 委託業者等					
	直近3ヶ月の請求・返戻・査定状況					
			国保連合会		支払基金	
年 月	請求件数	返戻	査定	請求件数	返戻	査定
年 月	件	件	件	件	件	件
年 月	件	件	件	件	件	件
年 月	件	件	件	件	件	件
主な返戻・査定事由						
<input type="checkbox"/> 診療内容に関するもの <input type="checkbox"/> 算定点数誤り <input type="checkbox"/> 必要項目の記載もれ						
<input type="checkbox"/> 生年・診療開始日誤り <input type="checkbox"/> 実日数の誤り <input type="checkbox"/> 請求点数誤り						
<input type="checkbox"/> 一部負担金の誤り <input type="checkbox"/> 保険証記号番号の誤り <input type="checkbox"/> 給付対象外傷病(適用外)						
<input type="checkbox"/> 老人保健公費負担割合誤り <input type="checkbox"/> その他( )						

7 保険医・歯科衛生士等の従事者一覧表

氏名・職種		生年月日	採用年月日	退職年月日
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・ 歯科技工士・事務員・その他( )	保険医登録番号 歯	常勤・非常勤(月・火・水・木・金・土・日)	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・ 歯科技工士・事務員・その他( )	保険医登録番号 歯	常勤・非常勤(月・火・水・木・金・土・日)	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・ 歯科技工士・事務員・その他( )	保険医登録番号 歯	常勤・非常勤(月・火・水・木・金・土・日)	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・ 歯科技工士・事務員・その他( )	保険医登録番号 歯	常勤・非常勤(月・火・水・木・金・土・日)	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・ 歯科技工士・事務員・その他( )	保険医登録番号 歯	常勤・非常勤(月・火・水・木・金・土・日)	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・ 歯科技工士・事務員・その他( )	保険医登録番号 歯	常勤・非常勤(月・火・水・木・金・土・日)	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・ 歯科技工士・事務員・その他( )	保険医登録番号 歯	常勤・非常勤(月・火・水・木・金・土・日)	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・ 歯科技工士・事務員・その他( )	保険医登録番号 歯	常勤・非常勤(月・火・水・木・金・土・日)	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・ 歯科技工士・事務員・その他( )	保険医登録番号 歯	常勤・非常勤(月・火・水・木・金・土・日)	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・ 歯科技工士・事務員・その他( )	保険医登録番号 歯	常勤・非常勤(月・火・水・木・金・土・日)	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・ 歯科技工士・事務員・その他( )	保険医登録番号 歯	常勤・非常勤(月・火・水・木・金・土・日)	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日生	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
職種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・ 歯科技工士・事務員・その他( )	保険医登録番号 歯	常勤・非常勤(月・火・水・木・金・土・日)	

1 職種欄には、職種(歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・歯科技工士・事務員)の別に「○」を記入し、常勤・非常勤の別に「○」印、非常勤の場合は勤務する曜日に「○」印を記入してください。

2 直近1年間について記入してください。

3 勤務保険医については、開設者及び管理者以外の方についてご記入ください。

保険医登録番号(記載例:千歯 123456)



8 業務手順又は流れ図

※1 患者の受付から会計までと、診療報酬明細書作成から審査・支払機関への請求までを記載してください。

※2 矢印にて項目等を結び、他の項目がある場合は、追加記載してください。

<b>患者の受付から会計</b>	
患者受付	
診療	
診療録 <input type="checkbox"/> 入力 <input type="checkbox"/> 手書き	
会計	
<b>診療報酬明細書(レセプト)作成</b>	
レセプト作成 <input type="checkbox"/> レセコン入力 <input type="checkbox"/> 手書き	
レセプト点検 ( カルテとの突合 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない )	
審査・支払機関への提出 ( <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 郵送・宅配 <input type="checkbox"/> オンライン請求 <input type="checkbox"/> 業者委託 )	

平成27年4月

領収書・詳細な明細書のサンプル

※ サンプルを貼付して下さい。

平成27年4月

歯科技工指示書のサンプル

※ サンプルを貼付して下さい。



薬剤情報提供料を算定している場合は、主に投与している薬剤に係る提供文書のサンプル

- ※ サンプルを貼付して下さい。
- ※ 算定が無ければ「算定していない」に☑を記入して下さい。
- 算定していない。

平成27年4月

処方せんのサンプル(院外処方せんを発行している場合)

- ※ サンプルを貼付して下さい。
- ※ 院外処方を行っていない場合は「院外処方を行っていない」に☑を記入して下さい。
- 院外処方を行っていない。

平成30年11月6日

## 行政文書の開示の実施について

岡嶋 努 様

関東信越厚生局千葉事務所

平成30年10月31日付け（関厚発1031第31号）で開示することと決定しました行政文書について送付します。