

**特別管理加算の
施設基準に係る届出書添付書類**

1. 障害者歯科治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有し、障害者歯科治療を60症例以上経験している歯科医師を1名以上配置していること	
歯科医師名 1	
症例数	症例
歯科医師名 2	
症例数	症例
歯科医師名 3	
症例数	症例
2. 過去に障害を有する患者に対する歯科診療の補助を60症例以上経験している歯科衛生士を1名以上配置していること。	
歯科衛生士 1	
歯科衛生士名	
症例数	症例
歯科衛生士 2	
歯科衛生士名	
症例数	症例
歯科衛生士 3	
歯科衛生士名	
症例数	症例
3. 障害者歯科診療のみを行う専用の歯科用ユニットが設けられていること。	
障害者歯科診療のみを行う専用の歯科用ユニット数	台
4. 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき、経皮的動脈血酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）及び血圧計等を有していること。	
装置・器具等の製品名	
台数	台
5. 地方自治体と連携が図られている保険医療機関であること。ただし、歯科診療所においては、歯科を標榜する病院との連携が図られていること。	
連携する地方自治体名	
連携する歯科を標榜する病院名 （歯科診療所のみ記載）	