

歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）の施設基準に係る届出書添付書類

1. 麻酔に従事する歯科医師が専従で実施する場合及び麻酔に従事する歯科医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合

歯科麻酔管理料の届出 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1：有
	2：無

2. 1. 以外の場合

全身麻酔を50症例以上の経験を有する常勤の歯科医師の氏名等	
歯科医師 1	
常勤歯科医師の氏名	
勤務時間	時間
全身麻酔の経験症例数	例
歯科医師 2	
常勤歯科医師の氏名	
勤務時間	時間
全身麻酔の経験症例数	例
歯科医師 3	
常勤歯科医師の氏名	
勤務時間	時間
全身麻酔の経験症例数	例

緊急時に連携する保険医療機関（無床歯科診療所に限る）	
連携保険医療機関 1	
①名称	
②所在地	
③担当歯科医氏名	
④調整担当者氏名	
⑤緊急連絡先	

〔記載上の注意〕

- 勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式 52又はこれに準じた様式（経験症例数が分かるもの）により添付すること。
- 担当医氏名について、連携保険医療機関において担当する者が歯科医師の場合は、担当歯科医氏名を記載すること。