

様式 50 の 2 の 2

歯科技工士連携加算 1 及び光学印象歯科技工士連携加算
歯科技工士連携加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準 (該当するものすべてに○)

	歯科技工士連携加算 1 及び光学印象歯科技工士連携加算
	歯科技工士連携加算 2

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏 名	歯科技工所名
田川 哲成	株式会社中田デンタル・センター
保田 勇作	株式会社中田デンタル・センター

3 診療体制 (歯科技工士連携加算 2 に係る届出を行う場合のみ記入する。)

該 当	要 件
<input checked="" type="checkbox"/>	保険医療機関内の歯科技工士又は他の歯科技工所との情報通信機器を用いた連携に当たって、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。

[記載上の注意]

- 「2」について、歯科技工士が院内に配置されている場合については、歯科技工士の氏名のみ記載すること。
- 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名及び当該歯科技工所の歯科技工士の氏名を記載すること。
- 「3」について、歯科技工士連携加算 2 に係る届出を行う場合に、要件に適合する場合は口に「✓」を記入すること。