病院歯科共同治療管理料に係る届出書添付書類

1　共同治療管理に当たる主たる歯科医師の氏名（複数記入可）	
2　医療連携を目的として整備された設備等 症例検討室　（　有　無　） その他の設備　（　有　無　） 具体的な設備の内容 ［　　］	
3　他の保険医療機関との連携体制（連携を担当する職員） 職名（　　） 氏名（　　）	
4　病院歯科初診料１の届出年月日　平成　年　月　日	

〔記載上の注意〕
1　「２」のその他の設備有の場合は（　　）内に設備の内容を記載すること．
2　「３」の連携を担当する職員には実際に連携の業務に従事する者を記載すること．

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類
（歯科診療に係るものに限る）

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1　保険医療機関の所在地及び名称
2　画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1　保険医療機関の所在地及び名称	
2　画像診断管理の届出状況 画像診断管理の届出　（　有　無　）	
3　病院歯科初診料１の届出年月日	平成　年　月　日
4　画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	