

[illegible]

| 算定項目等                                                      | 記載欄                           | 明細書略号       | 「摘要」欄記載<br>(○：原則必要,<br>△：場合により必要) |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------|-----------------------------------|
| ■医学管理等                                                     |                               |             |                                   |
| 口腔機能管理料<br>口腔機能管理料 1-2 ①                                   | 所定欄                           |             | △                                 |
| 口腔管理体制強化加算（小児口腔機能管理料注 5 の規定）<br>情報通信機器を用いた口腔機能管理料（注 7 の規定） | 管理・リハ<br>「その他」欄               | 口管強<br>情口機能 |                                   |
| 口腔機能実地指導料 ②                                                | 所定欄                           |             |                                   |
| ■検 査                                                       |                               |             |                                   |
| 口腔細菌定量検査（1 回につき）<br>口腔細菌定量検査 2                             | X 線・検査<br>「その他」欄              | 口菌検 2       | ○（初診月を除く）                         |
| 咀嚼能力検査（1 回につき）<br>咀嚼能力検査 1                                 |                               | 咀嚼 1        | ○（初診月を除く）                         |
| 咬合圧検査（1 回につき）<br>咬合圧検査 1                                   |                               | 咬合圧 1       | ○（初診月を除く）                         |
| 口腔粘膜湿潤度検査（1 回につき）                                          |                               | 湿潤          | ○（初診月を除く）                         |
| 舌圧検査（1 回につき）                                               |                               | 舌圧          | ○                                 |
| ■リハビリテーション                                                 |                               |             |                                   |
| 歯科口腔リハビリテーション料 3（1 口腔につき）<br>口腔機能の低下を来している患者の場合            | 全体<br>「その他」欄                  | 歯リハ 3（2）    |                                   |
| ■処 置                                                       |                               |             |                                   |
| 舌接触補助床（1 装置につき）<br>新たに製作した場合＊／旧義歯を用いた場合＊                   | 処置・手術<br>「その他」欄<br>(※は装着料と合算) | PAP         |                                   |