

都道府県名

医療機関コード ※レセプトに記載する 7 桁の数字を記載すること。	
保険医療機関の名称	

- 〔記載上の注意事項〕
- 1 前年 7 月 1 日から当年 6 月 3 0 日までの間の診療実績に基づき、記載すること。
- 2 期間内に①及び②の全項目について診療実績がない場合は、本報告書の提出は必要ないこと。
- 3 期間内にいずれかの項目の診療実績がある場合は、診療実績欄の「有」を○で囲み、当該保険医療機関において実施した項目の金額又は人数のみ記載すること。①について各項目の価格を事前に報告している場合においても、**診療実績がない項目には診療実績欄の「無」を○で囲み、金額は記載しないこと。**
- 4 各項目の価格に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告をすること。

【 ① 選定療養の実施状況 】

1. 金属床総義歯の実施状況			診療実績	金額（消費税を含む）
金属の種類毎の 1 床当たりの価格	白金加金	上顎	有・無	診療実績が「有」の場合：円
		下顎	有・無	診療実績が「有」の場合：円
	金合金	上顎	有・無	診療実績が「有」の場合：円
		下顎	有・無	診療実績が「有」の場合：円
	コバルトクロム合金	上顎	有・無	診療実績が「有」の場合：円
		下顎	有・無	診療実績が「有」の場合：円
	チタン合金	上顎	有・無	診療実績が「有」の場合：円
		下顎	有・無	診療実績が「有」の場合：円
	その他の金属 ()	上顎	有・無	診療実績が「有」の場合：円
		下顎	有・無	診療実績が「有」の場合：円

※ その他の金属欄は商品名ではなく、一般名を記載すること。

2. う蝕に罹患している患者の指導管理の実施状況		診療実績	金額（消費税を含む）
継続管理の種類	フッ化物局所応用（1 口腔 1 回につき）	有・無	診療実績が「有」の場合：円
	小窩裂溝填塞（1 歯につき）	有・無	診療実績が「有」の場合：円

※ 選定療養として地方厚生局（支）局長に報告し実施したものであること。

3. 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給の実施状況		診療実績	金額（消費税を含む）
金合金（1 歯につき）		有・無	診療実績が「有」の場合：円
白金加金（1 歯につき）		有・無	診療実績が「有」の場合：円

※ 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金とは、金属歯冠修復であって、その金属としては金合金又は白金加金を用いたものであること。なお、**硬質レジン前装冠に用いる金合金又は白金加金は対象としないこと。**

【 ② 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料の算定状況 】

		診療実績	常勤	非常勤
歯科衛生士数 （実数）	歯科衛生実地指導料又は 訪問歯科衛生指導料	有・無	診療実績が「有」の場合：人	診療実績が「有」の場合：人

- ※ 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料のいずれかを算定した実績がある場合は、令和 2 年 7 月 1 日時点の常勤・非常勤それぞれの歯科衛生士数を記載すること。
- ※ 実績がない場合は診療実績欄の「無」を○で囲み、歯科衛生士数は記載しないこと。
- ※ 令和 2 年 7 月 1 日時点で歯科衛生士数が 0 人であっても、前年 7 月 1 日から当年 6 月 3 0 日までの間に診療実績がある場合は、診療実績欄の「有」を○で囲み、歯科衛生士数を 0 人と記載すること。