

## 第12回定例理事会 (R2. 10. 13)

日程別添 (10/9以降追加分)

- 7 さいたま市歯科医師会関連
  - 1) 令和4年度各種健診実施人員報告書について
  
- 8 その他
  - 1) 本会会議室の利用申込みについて
  - 2) 物品借用申請について
  
- 9 医療保険部関連
  - 1) 施設基準に係る講習会開催について

※ 議事録作成の都合により、追加分は通し番号で配番致します。

送付先 大宮歯科医師会

## 幼児歯科・成人歯科・訪問歯科 報告書

令和 年 月分の人員報告を致します

|                    |          |   |
|--------------------|----------|---|
| 1歳6か月児歯科健診         |          | 人 |
| (内)フッ化物塗布 (1回目) 無料 |          | 人 |
| フッ化物塗布 (2回目) 有料者   |          | 人 |
| フッ化物塗布 (2回目) 無料者   |          | 人 |
| 3歳児歯科健診            |          | 人 |
| 成人歯科健診             | 個人負担700円 | 人 |
|                    | 負担金なし    | 人 |
| 訪問歯科健診             | 訪問件数     | 人 |
| 口腔機能健康診査           |          | 人 |
| 妊婦歯科健康診査           |          | 人 |

令和 年 月 日

実施医療機関

幼児・成人・訪問専用  
医療機関コード

住 所

医 院 名

歯科医師名

電 話

- \* この報告は当月分をとりまとめ、翌月5日までに歯科医師会へ提出してください。
- \* 医療機関コードは保健センターとの固有番号です、番号が不明の先生は本会までお問合せください。
- \* 提出が遅れると請求できないことがあります、毎月提出下さい。

幼児成人報告書

# 幼児歯科健康診査実施人員報告書

月分

| 健診項目           | 受診者数 |
|----------------|------|
| 1歳6か月児歯科健康診査   | 人    |
| 3歳児歯科健康診査      | 人    |
| フッ化物塗布(1回目)    | 人    |
| フッ化物塗布(2回目)有料者 | 人    |
| フッ化物塗布(2回目)無料者 | 人    |

上記のとおり実施人員を報告します。

西暦 年 月 日

実施医療機関

医(病)院名

---

住所

---

電話番号

---

- (1)各健康診査票(歯科医師会請求用・保健センター保管用)を添付してください。
- (2)この報告書は、当月分をとりまとめ翌月5日までに歯科医師会へ提出してください。

# 参考資料

医療機関保管用

## さいたま市成人歯科健康診査等実施人員報告書

月分

| 健診項目                 |                              | 受診者数 |
|----------------------|------------------------------|------|
| 成人<br>歯科<br>健康<br>診査 | 個人負担金徴収者                     | 人    |
|                      | 40歳の方                        | 人    |
|                      | 70歳の方                        | 人    |
|                      | 65～69歳で後期高齢者医療<br>被保険者証のある方  | 人    |
|                      | 生活保護受給者または中国<br>残留邦人等支援給付受給者 | 人    |
|                      | 市民税非課税世帯の方                   | 人    |
|                      | 口腔機能健康診査                     | 人    |
| 計                    |                              | 人    |

上記のとおり実施人員を報告します。

西暦 年 月 日

実施医療機関名

医（病）院名

住所

電話番号

- (1) 健診票（歯科医師会請求用・保健センター保管用）を添付してください。
- (2) この報告書は当月分をとりまとめ翌月5日までに歯科医師会へ提出してください。

医療機関コード

## 妊婦歯科健康診査実施人員報告書

月分

受診者数

人

上記のとおり実施人員を報告します。

西暦 年 月 日

実施医療機関名

医（病）院名

住所

電話番号

- (1) 健診票（歯科医師会請求用・保健センター保管用）を添付してください。
- (2) この報告書は当月分をとりまとめ翌月5日までに歯科医師会へ提出してください。

医療機関コード

一般社団法人浦和歯科医師会

会長 角田 丈治 殿

使用者(住所) \_\_\_\_\_

(団体名) さいたま市歯科医師会

## 浦和歯科医師会施設使用申込書

今般 打ち合わせを開催するにあたり、下記のとおり貴会の施設を使用させていただきますたく、許可下さいますようお願いいたします。

### 記

使用期日 令和 3 年 10 月 13 日 (水)

使用時間 午前 8 時 分から 午前 10 時 分 まで  
午後 午後

使用目的 口腔保健センターに関する打ち合わせ

使用人員 10 名位

使用場所 ① 大会議室 (2) 小会議室 (※○印)

備考 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(担当者、使用責任者氏名) \_\_\_\_\_

(連絡先&電話番号) \_\_\_\_\_

( 0 4 8 ) 8 1 4 - 1 1 0 1

一般社団法人浦和歯科医師会

会長 角田 丈治 殿

使用者(住所) \_\_\_\_\_

(団体名) さいたま市歯科医師会

## 浦和歯科医師会施設使用申込書

今般 打ち合わせを開催するにあたり、下記のとおり貴会の施設を使用させていただきます。許可下さいますようお願いいたします。

### 記

使用期日 令和 3 年 10 月 15 日 (金)

使用時間 午前 8 時 分から 午前 10 時 分 まで  
~~午後~~ ~~午後~~

使用目的 与野歯会休日急患診療所に関する打ち合わせ

使用人員 20 名位

使用場所 ① 大会議室 (2) 小会議室 (※○印)

備考 \_\_\_\_\_

(担当者、使用責任者氏名) \_\_\_\_\_

(連絡先&電話番号) \_\_\_\_\_

( 0 4 8 ) 8 1 4 - 1 1 0 1

# 物品借用申請書(拠点用)

令和 3年<sup>10</sup>月 8日

一般社団法人浦和歯科医師会  
会長 角田 丈治 殿

申請者

所在地

下記の備品を借用したいので申請いたします。

|       |   |    |   |
|-------|---|----|---|
| 品名    | インジケター  | 数量 | 1 |
| 使用目的  | 訪問歯科の為。   |    |   |
| 使用期間  | 令和3年10月8日から 令和3年10月8日まで<br>(使用日数   日) (対象患者数   人) |    |   |
| 返却予定日 | 令和3年10月8日   |    |   |
| 使用責任者 | 角田 丈治 連絡先 (048) 816-4100                          |    |   |



# 参考資料

浦 歯 発 第 21 号  
平成 30 年 6 月 30 日

会 員 各 位

一般社団法人浦和歯科  
会 長 桑 原  
医療保険部長 大 谷



## 初診料の「注1」に規定する施設基準に係る講習会開催のお知らせ

初夏の候、先生方にはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。  
先月予告しました表記講習会（以下「注1」対応講習会、後日県歯より修了証発行）  
について、下記の通り詳細が決定しました。

尚、本講習会は施設基準に係るものである故、講習会途中での入室・退室をされますと  
修了証が発行できませんので、ご注意ください。  
その為、夜遅くまで御診療しておられます先生も確実に御参加できるよう2部構成とし  
第1部は「最近の指導の傾向と対策」、第2部に「注1」対応講習会を20:00から開始  
いたします。

6月末に県歯より配送されます冊子『歯科外来診療における院内感染防止マニュアルーエビ  
デンスに基づく対応ー』をテキストとして使用しますので、忘れずに当日ご持参ください。  
万障繰り合わせの上、御出席賜りますよう宜しくお願い致します。

### 記

- 日 時 : 平成 30 年 8 月 29 日 (水)  
第 1 部 : 「最近の指導の傾向とその対策」等 19:15～  
第 2 部 : 「注 1」対応講習会 20:00～20:30 (予定)
- 場 所 : 浦和コミュニティセンター (浦和パルコ) 10F 多目的ホール
- 講 師 : 県歯医療保険部員 高 敏嗣 先生
- 参加資格 : 浦和歯科医師会会員・スタッフ、埼玉県内の郡市会会員 (無料)  
県歯・郡市会未入会の先生 (5,000 円)

御参加希望の先生は 8 月 20 日迄に浦和歯科医師会事務局まで

FAX 048-833-6556 をお願い致します。

※他郡市会員、未入会の先生におかれましては、県歯への申し込みが必要です。

---

《平成 30 年 8 月 29 日 (水) 「注 1」対応講習会 参加申込書》

支 部 名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_ 参加会員名 \_\_\_\_\_

医療機関コード \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_