

# 口腔管理に関する契約事項について（契約書）

本書類は、協力歯科医療機関、口腔衛生の管理（運営基準）、口腔連携強化加算に係る連携歯科医療機関、その他に関する契約を含みます。

## 1. 当該契約書において契約する事項

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 協力歯科医療機関            | <input type="checkbox"/> 口腔衛生の管理（運営基準） |
| <input type="checkbox"/> 口腔連携強化加算に係る連携歯科医療機関 | <input type="checkbox"/> その他（ ）        |

## 2. 実施事項

### 【全サービス】

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 利用者に関する個別の口腔に係る相談<br>（特定の相談日や曜日がある場合は記載： ） |  |
| <input type="checkbox"/> 必要な場合の歯科訪問診療（歯科治療）                         |  |
| <input type="checkbox"/> 必要な場合の訪問歯科衛生指導（居宅療養管理指導）                   |  |
| <input type="checkbox"/> 利用者の口腔の健康状態の評価（スクリーニング）<br>（頻度等記載： ）       |  |
| <input type="checkbox"/> 歯科健診や歯科相談会の実施                              | <input type="checkbox"/> 口腔衛生等に関する研修会の開催 |
| <input type="checkbox"/> 食事等のカンファレンスへの参加                            | <input type="checkbox"/> 摂食嚥下に対する相談や支援   |
| <input type="checkbox"/> ミールラウンド(食事観察)への参加                          |  |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）                                     |  |

### 【介護保険施設等について追加事項がある場合は下記】

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 口腔衛生の管理の実施に係る技術的助言・指導（頻度等記載： ）   |
| <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算の算定に係る歯科衛生士による口腔衛生の管理（頻度等記載： ）                                   |
| <input type="checkbox"/> 経口維持加算への支援   |
| <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理体制加算*に係る介護職員に対する口腔ケアに関する技術的助言及び指導<br>※認知症対応型共同生活介護と地域密着型特定施設生活介護のみ |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）   |

## 3. 契約形式

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 有償契約（金額や回数、時間等の詳細： ） |
| <input type="checkbox"/> 無償契約                 |

## 4. 注意事項（下記に記載）

当事業所（甲）は、歯科医療機関（乙）と口腔管理に関する契約事項について（契約書）の記載事項について、承諾します。

令和 年 月 日

（甲）法人名・事業所名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

（乙）法人名・事業所名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_