

## ～ ゴム印 幹 旋 の ご 案 内 ～

今次改定における歯科の診療録および診療報酬明細書に使用できる新略称等の通知に基づき、下記項目について香雅堂印房へのゴム印幹旋を行います。前回同様**1文字につき税込45円**と価格を据え置きますが、誠に申し訳ございませんが今回より**送料につきましては1回のご注文につき一律350円**とさせていただきます。

注文書に数量をご記入のうえご希望のサイズを○で囲んでいただきご注文下しますよう宜しくお願い申し上げます。(他のサイズについては別途ご相談下さい) 従来からの項目のご注文用紙は協会ホームページにありますので、必要な場合はそちらをダウンロードしてご使用下さい。

ゴム印のサイズ見本 = 歯科初診料 (4mm), 歯科初診料 (3mm)

No.	数 量	項 目	サイズ		価 格
《 2024年度改定新設・変更項目 》					
1		医療情報取得加算 1	4mm	3mm	405 円
2		医情 1	4mm	3mm	135 円
3		医療情報取得加算 2	4mm	3mm	405 円
4		医情 2	4mm	3mm	135 円
5		医療情報取得加算 3	4mm	3mm	405 円
6		医情 3	4mm	3mm	135 円
7		医療情報取得加算 4	4mm	3mm	405 円
8		医情 4	4mm	3mm	135 円
9		医療情報取得加算（1・2・3・4）	4mm	3mm	765 円
10		医情（1・2・3・4）	4mm	3mm	495 円
11		医療D X推進体制整備加算	4mm	3mm	540 円
12		医D X	4mm	3mm	135 円
13		情報通信機器を用いた初診	4mm	3mm	540 円
14		情初診	4mm	3mm	135 円
15		情報通信機器を用いた再診	4mm	3mm	540 円
16		情再診	4mm	3mm	135 円
17		歯科診療特別対応加算 1	4mm	3mm	495 円
18		特 1	4mm	3mm	90 円
19		歯科診療特別対応加算 2	4mm	3mm	495 円
20		特 2	4mm	3mm	90 円
21		歯科診療特別対応加算 3	4mm	3mm	495 円
22		特 3	4mm	3mm	90 円
計	個				

### ◆ お申込み先 **FAX 019-651-7374**

(お申込みは FAX 又は郵送にてお願い致します)

岩手県保険医協会 (担当事務局 石川)

〒020-0034 盛岡市盛岡駅前通 15-19

盛岡フコク生命ビル 8F TEL 019-651-7341

### ◆ 医療機関名・ご氏名・住所・電話番号等を忘れずに ご記入下さい

《連絡先》 (ゴム印可)

《注文書①》

No.	数 量	項 目	サイズ		価 格
23		歯科診療特別対応加算（１・２・３）	4mm	3mm	765 円
24		特（１・２・３）	4mm	3mm	360 円
25		歯科外来診療医療安全対策加算 1	4mm	3mm	675 円
26		外安全 1	4mm	3mm	180 円
27		歯科外来診療医療安全対策加算 2	4mm	3mm	675 円
28		外安全 2	4mm	3mm	180 円
29		歯科外来診療医療安全対策加算（１・２）	4mm	3mm	855 円
30		外安全（１・２）	4mm	3mm	360 円
31		歯科外来診療感染対策加算 1	4mm	3mm	585 円
32		外感染 1	4mm	3mm	180 円
33		歯科外来診療感染対策加算 2	4mm	3mm	585 円
34		外感染 2	4mm	3mm	180 円
35		歯科外来診療感染対策加算 3	4mm	3mm	585 円
36		外感染 3	4mm	3mm	180 円
37		歯科外来診療感染対策加算 4	4mm	3mm	585 円
38		外感染 4	4mm	3mm	180 円
39		歯科外来診療感染対策加算（１・２）	4mm	3mm	765 円
40		外感染（１・２）	4mm	3mm	360 円
41		情小機能	4mm	3mm	180 円
42		口管強	4mm	3mm	135 円
43		情口機能	4mm	3mm	180 円
44		周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）	4mm	3mm	630 円
45		周Ⅳ	4mm	3mm	90 円
46		回復期等口腔機能管理計画策定料	4mm	3mm	675 円
47		回計	4mm	3mm	90 円
48		回復期等口腔機能管理料	4mm	3mm	495 円
49		回管	4mm	3mm	90 円
50		根面う蝕管理料	4mm	3mm	315 円
51		根Ｃ管	4mm	3mm	135 円
52		エナメル質初期う蝕管理料	4mm	3mm	540 円
53		Ｃ e 管	4mm	3mm	135 円
54		口腔機能指導加算	4mm	3mm	360 円
55		口指導	4mm	3mm	135 円
計	個				

◆ お申込み先 **FAX 019-651-7374**

（お申込みは FAX 又は郵送にてお願い致します）

**岩手県保険医協会**（担当事務局 石川）

〒020-0034 盛岡市盛岡駅前通 15-19

盛岡フコク生命ビル 8F TEL 019-651-7341

◆ 医療機関名・ご氏名・住所・電話番号等を忘れずに  
ご記入下さい

《連絡先》（ゴム印可）

《注文書②》

No.	数 量	項 目	サイズ		価 格
56		情特疾管	4mm	3mm	180 円
57		歯科遠隔連携診療料	4mm	3mm	405 円
58		歯遠隔	4mm	3mm	135 円
59		診療情報等連携共有料 1	4mm	3mm	495 円
60		情共 1	4mm	3mm	135 円
61		診療情報等連携共有料 2	4mm	3mm	495 円
62		情共 2	4mm	3mm	135 円
63		診療情報等連携共有料（1・2）	4mm	3mm	675 円
64		情共（1・2）	4mm	3mm	315 円
65		広範囲顎骨支持型補綴物管理料 1	4mm	3mm	675 円
66		特イ管 1	4mm	3mm	180 円
67		広範囲顎骨支持型補綴物管理料 2	4mm	3mm	675 円
68		特イ管 2	4mm	3mm	180 円
69		広範囲顎骨支持型補綴物管理料（1・2）	4mm	3mm	855 円
70		特イ管（1・2）	4mm	3mm	360 円
71		歯科訪問診療 1	4mm	3mm	315 円
72		歯訪 1	4mm	3mm	135 円
73		歯科訪問診療 2	4mm	3mm	315 円
74		歯訪 2	4mm	3mm	135 円
75		歯科訪問診療 3	4mm	3mm	315 円
76		歯訪 3	4mm	3mm	135 円
77		歯科訪問診療 4	4mm	3mm	315 円
78		歯訪 4	4mm	3mm	135 円
79		歯科訪問診療 5	4mm	3mm	315 円
80		歯訪 5	4mm	3mm	135 円
81		歯科訪問診療（1・2・3・4・5）	4mm	3mm	765 円
82		歯訪（1・2・3・4・5）	4mm	3mm	585 円
83		特歯訪診（初）	4mm	3mm	315 円
84		特歯訪診（再）	4mm	3mm	315 円
85		在宅医療DX情報活用加算	4mm	3mm	540 円
86		在DX	4mm	3mm	135 円
87		複数名訪問歯科衛生指導加算	4mm	3mm	585 円
88		複訪	4mm	3mm	90 円
計	個				

◆ お申込み先 **FAX 019-651-7374**

（お申込みは FAX 又は郵送にてお願い致します）

**岩手県保険医協会**（担当事務局 石川）

〒020-0034 盛岡市盛岡駅前通 15-19

盛岡フコク生命ビル 8F TEL 019-651-7341

◆ 医療機関名・ご氏名・住所・電話番号等を忘れずに  
ご記入下さい

《連絡先》（ゴム印可）

《注文書③》

No.	数 量	項 目	サイズ		価 格
89		在宅総合医療管理加算	4mm	3mm	450 円
90		歯総管	4mm	3mm	135 円
91		在宅療養支援歯科病院	4mm	3mm	450 円
92		歯援病	4mm	3mm	135 円
93		在宅歯科医療連携加算 1	4mm	3mm	495 円
94		在歯連 1	4mm	3mm	180 円
95		在宅歯科医療連携加算 2	4mm	3mm	495 円
96		在歯連 2	4mm	3mm	180 円
97		在宅歯科医療連携加算（1・2）	4mm	3mm	675 円
98		在歯連（1・2）	4mm	3mm	360 円
99		小児在宅歯科医療連携加算 1	4mm	3mm	585 円
100		小在歯連 1	4mm	3mm	225 円
101		小児在宅歯科医療連携加算 2	4mm	3mm	585 円
102		小在歯連 2	4mm	3mm	225 円
103		小児在宅歯科医療連携加算（1・2）	4mm	3mm	765 円
104		小在歯連（1・2）	4mm	3mm	405 円
105		在宅歯科医療情報連携加算	4mm	3mm	540 円
106		歯情連	4mm	3mm	135 円
107		在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1	4mm	3mm	900 円
108		N S T 1	4mm	3mm	180 円
109		在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2	4mm	3mm	900 円
110		N S T 2	4mm	3mm	180 円
111		在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 3	4mm	3mm	900 円
112		N S T 3	4mm	3mm	180 円
113		N S T（1・2・3）	4mm	3mm	450 円
114		口腔細菌定量検査 1	4mm	3mm	405 円
115		口菌検 1	4mm	3mm	180 円
116		口腔細菌定量検査 2	4mm	3mm	405 円
117		口菌検 2	4mm	3mm	180 円
118		口腔細菌定量検査（1・2）	4mm	3mm	585 円
119		口菌検（1・2）	4mm	3mm	360 円
120		咀嚼能力検査 1	4mm	3mm	315 円
121		咀嚼 1	4mm	3mm	135 円
計	個				

◆ お申込み先 **FAX 019-651-7374**

（お申込みは FAX 又は郵送にてお願い致します）

**岩手県保険医協会**（担当事務局 石川）

〒020-0034 盛岡市盛岡駅前通 15-19

盛岡フコク生命ビル 8F TEL 019-651-7341

◆ 医療機関名・ご氏名・住所・電話番号等を忘れずに  
ご記入下さい

《連絡先》（ゴム印可）

《注文書④》

No.	数 量	項 目	サイズ		価 格
122		咀嚼能力検査 2	4mm	3mm	315 円
123		咀嚼 2	4mm	3mm	135 円
124		咀嚼能力検査 (1・2)	4mm	3mm	495 円
125		咀嚼 (1・2)	4mm	3mm	315 円
126		咬合圧検査 1	4mm	3mm	270 円
127		咬合圧 1	4mm	3mm	180 円
128		咬合圧検査 2	4mm	3mm	270 円
129		咬合圧 2	4mm	3mm	180 円
130		咬合圧検査 (1・2)	4mm	3mm	450 円
131		咬合圧 (1・2)	4mm	3mm	360 円
132		歯科口腔リハビリテーション料 3	4mm	3mm	675 円
133		歯リハ 3 (1)	4mm	3mm	315 円
134		歯リハ 3 (2)	4mm	3mm	315 円
135		歯リハ 3 (1・2)	4mm	3mm	405 円
136		歯周病ハイリスク患者加算	4mm	3mm	540 円
137		P リスク	4mm	3mm	180 円
138		口腔内装置調整	4mm	3mm	315 円
139		(イ 口腔内装置調整 1)	4mm	3mm	495 円
140		O A p 調 1	4mm	3mm	225 円
141		(ロ 口腔内装置調整 2)	4mm	3mm	495 円
142		O A p 調 2	4mm	3mm	225 円
143		(ハ 口腔内装置調整 3)	4mm	3mm	495 円
144		O A p 調 3	4mm	3mm	225 円
145		O A p 調 (1・2・3)	4mm	3mm	495 円
146		回復期等専門の口腔衛生処置	4mm	3mm	585 円
147		回口衛	4mm	3mm	135 円
148		口腔バイオフィルム除去処置	4mm	3mm	585 円
149		バイオ除	4mm	3mm	180 円
150		結合組織移植術	4mm	3mm	315 円
151		C T G	4mm	3mm	135 円
152		C A D I n 形	4mm	3mm	270 円
153		歯科技工士連携加算 1	4mm	3mm	450 円
154		歯技連 1	4mm	3mm	180 円
計	個				

◆ お申込み先 **FAX 019-651-7374**

(お申込みは FAX 又は郵送にてお願い致します)

**岩手県保険医協会** (担当事務局 石川)

〒020-0034 盛岡市盛岡駅前通 15-19

盛岡フコク生命ビル 8F TEL 019-651-7341

◆ 医療機関名・ご氏名・住所・電話番号等を忘れずに  
ご記入下さい

《連絡先》 (ゴム印可)

《注文書⑤》

No.	数 量	項 目	サイズ		価 格
155		歯科技工士連携加算 2	4mm	3mm	450 円
156		歯技連 2	4mm	3mm	180 円
157		歯科技工士連携加算 (1・2)	4mm	3mm	630 円
158		歯技連 (1・2)	4mm	3mm	360 円
159		光学印象	4mm	3mm	180 円
160		光 i m p	4mm	3mm	180 円
161		光学印象歯科技工士連携加算	4mm	3mm	585 円
162		光技連	4mm	3mm	135 円
163		仮床試適「4 その他の場合」	4mm	3mm	585 円
164		T F (フ)	4mm	3mm	225 円
165		根面被覆 (2 レジン充填によるもの)	4mm	3mm	765 円
166		R C レ	4mm	3mm	135 円
167		CAD/CAM冠 (2 エンドクラウンの場合)	4mm	3mm	945 円
168		歯CAD (EC)	4mm	3mm	360 円
169		歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 1	4mm	3mm	900 円
170		歯外ベア I 初	4mm	3mm	270 円
171		歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 2	4mm	3mm	900 円
172		歯外ベア I 再	4mm	3mm	270 円
173		歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 3 イ	4mm	3mm	945 円
174		歯外ベア I 訪イ	4mm	3mm	315 円
175		歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 3 ロ	4mm	3mm	945 円
176		歯外ベア I 訪ロ	4mm	3mm	315 円
177		歯外ベア II	4mm	3mm	225 円
178		歯外ベア II (1・2・3・4・5・6・7・8)	4mm	3mm	990 円
179		歯外ベア II 再	4mm	3mm	270 円
180		歯外ベア II 再 (1・2・3・4・5・6・7・8)	4mm	3mm	1,035 円
181		接着性レジンセメント標準型	4mm	3mm	585 円
182		接レセ標	4mm	3mm	180 円
183		接着性レジンセメント自動練和型	4mm	3mm	675 円
184		接レセ自	4mm	3mm	180 円
185		接グセ標	4mm	3mm	180 円
186		接グセ自	4mm	3mm	180 円
計	個				

◆ お申込み先 **FAX 019-651-7374**

(お申込みは FAX 又は郵送にてお願い致します)

**岩手県保険医協会** (担当事務局 石川)

〒020-0034 盛岡市盛岡駅前通 15-19

盛岡フコク生命ビル 8F TEL 019-651-7341

◆ 医療機関名・ご氏名・住所・電話番号等を忘れずに  
ご記入下さい

《連絡先》 (ゴム印可)

《注文書⑥》

◆ この他にも欲しい項目がございましたら、以下にご記入下さい。  
※ 1 文字 45 円（税込）にて別途ご注文を承ります。（囲み文字等の特殊文字については別料金となります。）

No.	数 量	項 目	サイズ		価 格
1			4mm	3mm	
2			4mm	3mm	
3			4mm	3mm	
4			4mm	3mm	
5			4mm	3mm	
6			4mm	3mm	
7			4mm	3mm	
8			4mm	3mm	
9			4mm	3mm	
10			4mm	3mm	
11			4mm	3mm	
12			4mm	3mm	
13			4mm	3mm	
14			4mm	3mm	
15			4mm	3mm	
16			4mm	3mm	
17			4mm	3mm	
18			4mm	3mm	
19			4mm	3mm	
20			4mm	3mm	
計	個				

《フリーオーダー欄》

※ 料金は事前に見積り確認のうえ金額にご了承いただいたうえでの作成となります。

◆ お申込み・お問い合わせ先 FAX 019-651-7374

（お申込みは FAX 又は郵送にてお願い致します）

岩手県保険医協会 （担当事務局 石川）

〒020 - 0034 盛岡市盛岡駅前通 15 - 19

盛岡フコク生命ビル 8F TEL 019 - 651 - 7341

◆ 医療機関名・ご氏名・住所・電話番号等を忘れずに  
ご記入下さい

《連絡先》（ゴム印可）

《注文書⑦》