

## ～ゴム印斡旋のご案内～

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斡旋を行います。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さいますよう宜しくお願ひ申し上げます。(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ございますので、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
<b>《2024年度改定新設・変更項目》</b>				
1		医療情報取得加算 1	4mm	3mm
2		医情 1	4mm	3mm
3		医療情報取得加算 2	4mm	3mm
4		医情 2	4mm	3mm
5		医療情報取得加算 3	4mm	3mm
6		医情 3	4mm	3mm
7		医療情報取得加算 4	4mm	3mm
8		医情 4	4mm	3mm
9		医療情報取得加算 (1・2・3・4)	4mm	3mm
10		医情 (1・2・3・4)	4mm	3mm
11		医療DX推進体制整備加算	4mm	3mm
12		医DX	4mm	3mm
13		情報通信機器を用いた初診	4mm	3mm
14		情初診	4mm	3mm
15		情報通信機器を用いた再診	4mm	3mm
16		情再診	4mm	3mm
17		歯科診療特別対応加算 1	4mm	3mm
18		特 1	4mm	3mm
19		歯科診療特別対応加算 2	4mm	3mm
20		特 2	4mm	3mm
21		歯科診療特別対応加算 3	4mm	3mm
22		特 3	4mm	3mm
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

《連絡先》(ゴム印可)

### ◆ 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

《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
24		特（1・2・3）	4mm	3mm
25		歯科外来診療医療安全対策加算1	4mm	3mm
26		外安全1	4mm	3mm
27		歯科外来診療医療安全対策加算2	4mm	3mm
28		外安全2	4mm	3mm
29		歯科外来診療医療安全対策加算（1・2）	4mm	3mm
30		外安全（1・2）	4mm	3mm
31		歯科外来診療感染対策加算1	4mm	3mm
32		外感染1	4mm	3mm
33		歯科外来診療感染対策加算2	4mm	3mm
34		外感染2	4mm	3mm
35		歯科外来診療感染対策加算3	4mm	3mm
36		外感染3	4mm	3mm
37		歯科外来診療感染対策加算4	4mm	3mm
38		外感染4	4mm	3mm
39		歯科外来診療感染対策加算（1・2）	4mm	3mm
40		外感染（1・2）	4mm	3mm
41		情小機能	4mm	3mm
42		口管強	4mm	3mm
43		情口機能	4mm	3mm
44		周術期等口腔機能管理料（IV）	4mm	3mm
45		周IV	4mm	3mm
46		回復期等口腔機能管理計画策定料	4mm	3mm
47		回計	4mm	3mm
48		回復期等口腔機能管理料	4mm	3mm
49		回管	4mm	3mm
50		根面う蝕管理料	4mm	3mm
51		根C管	4mm	3mm
52		エナメル質初期う蝕管理料	4mm	3mm
53		C e 管	4mm	3mm
54		口腔機能指導加算	4mm	3mm
55		口指導	4mm	3mm
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

《連絡先》(ゴム印可)

◆ 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

《注文書②》

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

《連絡先》(ゴム印可)

◆ 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

《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

《連絡先》(ゴム印可)

◆ 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

《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		回復期等専門的口腔衛生処置	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

《連絡先》(ゴム印可)

◆ 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

《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
156		歯技連 2	4mm	3mm
157		歯科技工士連携加算 (1・2)	4mm	3mm
158		歯技連 (1・2)	4mm	3mm
159		光学印象	4mm	3mm
160		光 i m p	4mm	3mm
161		光学印象歯科技工士連携加算	4mm	3mm
162		光技連	4mm	3mm
163		仮床試適「4 その他の場合」	4mm	3mm
164		T F (フ)	4mm	3mm
165		根面被覆 (2 レジン充填によるもの)	4mm	3mm
166		R C レ	4mm	3mm
167		C AD/C AM冠 (2 エンドクラウンの場合)	4mm	3mm
168		歯C AD (E C)	4mm	3mm
169		歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 1	4mm	3mm
170		歯外ベア I 初	4mm	3mm
171		歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 2	4mm	3mm
172		歯外ベア I 再	4mm	3mm
173		歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 3 イ	4mm	3mm
174		歯外ベア I 訪イ	4mm	3mm
175		歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 3 ロ	4mm	3mm
176		歯外ベア I 訪ロ	4mm	3mm
177		歯外ベア II	4mm	3mm
178		歯外ベア II (1・2・3・4・5・6・7・8)	4mm	3mm
179		歯外ベア II 再	4mm	3mm
180		歯外ベア II 再 (1・2・3・4・5・6・7・8)	4mm	3mm
181		接着性レジンセメント標準型	4mm	3mm
182		接レセ標	4mm	3mm
183		接着性レジンセメント自動練和型	4mm	3mm
184		接レセ自	4mm	3mm
185		接グセ標	4mm	3mm
186		接グセ自	4mm	3mm
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

《連絡先》(ゴム印可)

◆ 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

《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

《連絡先》(ゴム印可)

◆ 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

《注文書⑦》