

本書中に誤りがありました。お詫びして訂正いたします。

追加または訂正箇所は赤色

頁	該当項目	訂正箇所	誤	正
48	総合医療管理加算	6行目	2.対象患者 ・血液凝固阻止剤もしくは抗血小板剤投与中の患者	
55	口腔機能管理料	6行目		または低舌圧（〔舌圧〕算定患者に限る）、または口腔衛生状態不良（〔口菌検2〕算定患者に限る）のいずれかに該当する者。
58	周術期等口腔機能管理計画策定料	20行目		…所定点数により算定する。なお、算定にあたっては、患者の全身的な疾患および術中・術後の管理上の留意点等を管理計画書に記載する。
80	広範囲顎骨支持型補綴物管理料	2行目	広範囲顎骨支持型補綴物管理料1 [500]（略称 特イ管1）	1. 広範囲顎骨支持型補綴物管理料1：
152	小児口唇閉鎖力検査	5行目		…15歳未満を指すが、口腔機能発達不全症の一連の管理が継続している間に限り、18歳になるまで算定できる。
182	摂食機能療法	5行目		・治療開始日から3カ月を超えた場合は、〔歯リハ1〕(2,3に限る)を合わせて月6回に限り算定できる。
184	歯科口腔リハビリテーション料1	2.③		(2.舌接触補助床・3.その他、いずれの場合も) 摂食機能療法の治療開始日から3カ月以内は月4回に限り算定できるが、摂食機能療法算定日は算定できない。3カ月を超えた場合は摂食機能療法と合わせて月6回に限り算定できる。
185	歯科口腔リハビリテーション料3	2行目		…〔歯リハ3(1)〕は、正常な口腔機能の獲得を目的として〔小機能〕を算定する患者、または〔歯在管〕を算定する患者に…
		5行目		…〔歯リハ3(2)〕は、口腔機能の回復または維持・向上を目的として〔口機能〕または〔歯在管〕を算定する患者に対し…
271	機械的歯面清掃処置		◇機械的歯面清掃処置（1口腔につき） [72]（略称 歯清）	
320	光学印象 令和6年5月30日付 問を右の内容に変更			問 光学印象の施設基準に係る届出書添付書類（様式50の2）について、既に「CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー」の施設基準に係る届出を行っている歯科医療機関であって、「M003-4」光学印象の施設基準に係る届出のみを行う場合は、「1届出を行う施設基準」の「光学印象」の欄にのみ○を記載し、「4当該療養に係る医療機関の体制状況等」の「使用するデジタル印象採得装置」に係る記載を行えばよいか。（答 そのとおり。）
324	仮床試適	「7.」	[TF (フ)] [292] → [TF (フ)] [272]	
336	レジン前装金属冠	「7.」3行目		（前装部分の破損の補修）ただし、〔補管〕算定中の〔Br〕の支台歯である場合は算定できない。
368	有床義歯修理	歯科技工加算2	+35 (+53) [+53]	
371	鉤	線鉤	2 二腕鉤（レストつき） [159] 3 レストなし [134]	

297 表面麻酔薬と侵麻・伝麻の組み合わせ例

使用量	片顎	上下顎	片顎	上下顎
麻酔薬（薬価に基づく算定点数）	OA (2.5) ×1	OA (2.5) ×2	OA (2.5) ×1	OA (2.5) ×2
	+ Ct ×1		+ Ct ×2	
OA+オーラ注 Ct 1.0mL (8)	10点	13点	18点	21点
OA+キシレステシン A Ct 1.8mL (8)	10点	13点	18点	21点
OA+キシロカイン Ct 1.8mL (8)	10点	13点	18点	21点
OA スキャンドネスト Ct 3% 1.8mL (17)	19点	22点	36点	39点

303	特定薬剤	5. 例：テトラサイクリン 5g [126]
-----	------	------------------------

335 レジン前装金属冠

金パラ	前歯	それ以外の場合 [2037] (1171) → [2036] (1170)
銀合金	前歯	前歯単冠 [1273] (1171) → [1272] (1170)

正誤表は弊社ホームページ「自由工房 ONLINE」で随時更新いたしますので、下記アドレスをご参照ください。

http://www.jiyukobo.co.jp/product/book_11.html