

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|--|--|--------|
| 障害者自立支援法の規定に基づく指定を受けた年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 _____年____月____日 | |
| | <input type="checkbox"/> 平成 _____年____月____日 | |
| 検査機器の設置状況等 | 歯科矯正セファログラム機器 | 機器名: |
| | 下顎運動検査機器 | 機器名: |
| | 咀嚼筋電図検査機器 | 機器名: |
| 歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師 | 氏名 | |
| | | |
| | | |
| | 人数 | _____名 |
| 専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士 | 氏名 | 歯科衛生士 |
| | | 看護師 |
| | | |
| | | |
| | 人数 | _____名 |
| 顎離断等の手術を担当する施設 (歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要) | 保険医療機関名: | |
| | 所在地: | |
| | 保険医療機関名: | |
| | 所在地: | |