

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|--|---|---------|-----|
| 障害者総合支援法の規定に基づく指定を受けた年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 | | |
| 検査機器の設置状況等 | 歯科矯正セファログラム機 | 機器名: | |
| | 下顎運動検査機 | 機器名: | |
| | 咀嚼筋電図検査機 | 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: | | |