

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 _____ 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	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: _____		