

	概 要	
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌（業者名： ）	
1. に該当する場合は以下の事項について記載		
滅菌器	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
滅菌器の使用回数	1. 1日1回 3. 1日3回以上5回未満	2. 1日2回 4. 1日5回以上

	概	要
1 日平均患者数	1. 10 人未満 3. 20 人以上 30 人未満 5. 40 人以上 50 人未満	2. 10 人以上 20 人未満 4. 30 人以上 40 人未満 6. 50 人以上

3 当該保険医療機関の保有する機器について

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

- ・ 歯科用ガス圧式ハンドピース
- ・ 歯科用電動式ハンドピース
- ・ ストレート・ギアードアングルハンドピース
- ・ 歯科用空気駆動式ハンドピース

○ 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。