

口腔粘膜処置
レーザー機器加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準 （該当するものに○）

| | |
|--|-----------------------------|
| | 口腔粘膜処置（歯科診療を担当する保険医療機関に限る。） |
| | レーザー機器加算 |

2 当該療養に係る医師・歯科医師の氏名等

| 医師・歯科医師の氏名 | 経歴（経験年数を含む。） |
|------------|--------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

3 設置機器名

| 一般的名称 | 概 要 | |
|-----------------------|--------------|--|
| ネオジミウム ヤグレーザ | 医療機器承認（認証）番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| ダイオード レーザ | 医療機器承認（認証）番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| 炭酸ガス レーザ | 医療機器承認（認証）番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| エルビウム・ ヤグレーザ | 医療機器承認（認証）番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| 罹患象牙質 除去機能付 レーザ | 医療機器承認（認証）番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |

※ 特定診療報酬算定医療機器のレーザー手術装置（Ⅶ）（歯科点数表においては、レーザー手術装置（Ⅰ））に該当するものであること。