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		和					
の規定に基づく指	□平月	成		≢	月	目	
定を受けた年月日	□ 令	和					
		科 矯 正 ァログラム 器	機器名:				
検査機器の 設置状況等	下顎機	i 運 動 検 査 器	機器名:				
	咀 筋 電 機	嚼 筋 ② 検 査 器	機器名:				
 歯科矯正を担当す	氏						
る専任の 常勤歯科医師	名						
	人数						名
		歯	——————— 科衛生士			看護師	
	氏	歯	科衛生士			看護師	
専従の	氏	歯	科衛生士			看護師	
専従の 常勤看護師又は	氏名	歯	科衛生士			看護師	
		歯	科衛生士			看護師	
常勤看護師又は		歯	科衛生士			看護師	名
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設	名 人数	歯	科衛生士			看護師	名
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する	名 人数	☑療機関名:	科衛生士			看護師	名
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 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	人数保険医	☑療機関名:	科衛生士			看護師	<u>名</u>
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する	名 人数 保険 所在地	☑療機関名:	科衛生士			看護師	<u>名</u>
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 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	名 人数 保険 所在地	療機関名: 監療機関名:	科衛生士			看護師	名