

様式 49 の 8

手術用顕微鏡加算
歯根端切除手術の注3

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（該当する施設基準に○をつけること。）

手術用顕微鏡加算
歯根端切除手術の注3

※ 手術用顕微鏡加算及び歯根端切除手術の注3の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

2 当該療養を実施する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

概要	
手術用顕微鏡	医療機器届出番号
	製品名
	製造販売業者名
歯科用 3 次元 エックス線 断層撮影	(該当するものに○を記入) <input type="checkbox"/> 自院で撮影
	<input type="checkbox"/> 連携医療機関で撮影
連携医療機関	名称
	所在地
	名称
	所在地
	名称
	所在地

【記載上の注意】

- 「3」の使用する手術用顕微鏡については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名を記載すること。
- 「3」の歯科用 3 次元エックス線断層撮影について、連携先の医療機関で撮影する場合は、連携医療機関の名称及び所在地を記載すること。