ロ腔粘膜処置 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	相	要 要
1 1 20 2 1 1	医療機器承認(認証)番号	
ネオジミウム ヤグレーザ	製品名	
	製造販売業者名	
	医療機器承認(認証)番号	
ダイオード レーザ	製品名	
	製造販売業者名	
11.76.18-	医療機器承認(認証)番号	
炭酸ガス レーザ	製品名	
	製造販売業者名	
	医療機器承認(認証)番号	
エルビウム・	製品名	
	製造販売業者名	
罹患象牙質	医療機器承認(認証)番号	
除去機能付	製品名	
レーザ	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。