

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

※口腔粘膜処置及びレーザー機器加算の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

2 当該療養に係る医師・歯科医師の氏名等

医師・歯科医師の氏名	経験年数

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。