

う歯無痛的窩洞形成加算
手術時歯根面レーザー応用加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う加算 (該当するものに○)

う歯無痛的窩洞形成加算
手術時歯根面レーザー応用加算 受理番号 : (歯周組織再生誘導手術)

※ 1 手術時歯根面レーザー応用加算の届出を行う場合は受理番号を記載すること。

※ 2 歯周組織再生誘導手術の施設基準を届出中の場合は、受理番号欄は「届出中」と記載すること。

※ 3 う歯無痛的窩洞形成加算及び手術時歯根面レーザー応用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 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

3 設置機器名

一般的名称	概要	
エルビウム・ ヤグレーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	
罹患象牙質 除去機能付 レーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	

※ 罹患象牙質除去機能付レーザーのみ設置している場合は、手術時歯根面レーザー応用加算の届出は不可