様式49の９

口腔粘膜処置

の施設基準に係る届出書添付書類

レーザー機器加算

**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。