様式50

う蝕歯無痛的窩洞形成加算

の施設基準に係る届出書添付書類

手術時歯根面レーザー応用加算

**１　届出を行う加算　（該当するものに◯）**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　う蝕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　う蝕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