様式49の８

手術用顕微鏡加算

の施設基準に係る届出書添付書類

歯根端切除手術の注３

１　当該療養を実施する歯科医師の氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科医師の氏名 | 経歴(経験年数を含む。) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

２　当該療養に係る医療機関の体制状況等

|  |  |
| --- | --- |
|  | 概　　　　　　要 |
| 手術用顕微鏡 | 医療機器届出番号 |  |
| 製品名 |  |
| 製造販売業者名 |  |
| 歯科用３次元エックス線断層撮影 | （該当するものに◯を記入）自院で撮影連携医療機関で撮影 |
| 連携医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  |

※　「２」の使用する手術用顕微鏡については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名を記載すること。

※　「２」の歯科用３次元エックス線断層撮影について、連携先の医療機関で撮影する場合は、連携医療機関の名称及び所在地を記載すること。