

有床義歯咀嚼機能検査
咀嚼能力検査
咬合圧検査

の施設基準の届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○）

(1)		有床義歯咀嚼機能検査 1 のイ
(2)		有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ及び咀嚼能力検査
(3)		有床義歯咀嚼機能検査 2 のイ
(4)		有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ及び咬合圧検査

2 当該検査に係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。）

3 当該検査に係る医療機関の体制状況等

		概 要	
(1)	歯科用下顎 運動測定器 (非接触型)	医療機器承認/認証番号	
		製品名	
		製造販売業者名	
		特記事項	
(2)	グルコース 分析装置	医療機器届出番号	
		製品名	
		製造販売業者名	
		特記事項	
(3)	歯科用 咬合力計	医療機器届出番号	
		製品名	
		製造販売業者名	
		特記事項	

※医療機器承認/認証番号又は医療機器届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。
 ※グルコース分析装置については、咀嚼能率測定用のグルコース分析装置であること。
 ※歯科用咬合力計については、咬合圧測定用の歯科用咬合力計であること。

[記載上の注意]

- 1 「1の(1)」の届出を行う場合は、「3の(1)及び(2)」を記載すること。
- 2 「1の(2)」の届出を行う場合は、「3の(2)」を記載すること。
- 3 「1の(3)」の届出を行う場合は、「3の(1)及び(3)」を記載すること。
- 4 「1の(4)」の届出を行う場合は、「3の(3)」を記載すること。