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　届出を行う施設基準（該当する施設基準に○をつけること。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 手術用顕微鏡加算 |
|  | 歯根端切除手術の注３ |

※　手術用顕微鏡加算及び歯根端切除手術の注３の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

２　当該療養を実施する歯科医師の氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科医師の氏名 | 経験年数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

３　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 |  | |

【記載上の注意】

１　「３」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　「３」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。