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 |

**２　標榜診療科**

|  |
| --- |
|  |

**３　当該療養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。) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**４　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

**５　歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出日（当該届出を行っている場合のみ記載）**

|  |
| --- |
| 平成・令和　　　年　　　月　　　日 |