様式38の1の2

|  |
| --- |
| 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 | 経験年数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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。