

口腔粘膜処置
レーザー機器加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準 (該当するものに○)

	口腔粘膜処置 (歯科診療を担当する保険医療機関に限る。)
	レーザー機器加算

2 当該療養に係る医師・歯科医師の氏名等

医師・歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3 設置機器名

一般的名称	概 要	
ネオジミウム ヤグレーザ	医療機器承認(認証)番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
ダイオード レーザ	医療機器承認(認証)番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
炭酸ガス レーザ	医療機器承認(認証)番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
エルビウム・ ヤグレーザ	医療機器承認(認証)番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
罹患象牙質 除去機能付 レーザ	医療機器承認(認証)番号	
	製品名	
	製造販売業者名	

※ 特定診療報酬算定医療機器のレーザー手術装置 (Ⅶ) (歯科点数表においては、レーザー手術装置 (Ⅰ)) に該当するものであること。