

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者総合支援法の規定に基づく指 定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 令和		
検査機器の 設置状況等	歯科矯正 セファログラム 機 器	機器名：	
	下顎運動検査 機 器	機器名：	
	咀嚼筋 筋電図検査 機 器	機器名：	
歯科矯正を担当す る専任の 常勤歯科医師	氏 名		
人数	_____名		
専従の 常勤看護師又は 常勤歯科衛生士	氏 名	歯科衛生士	看護師
	人数	_____名	
顎離断等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は 記入不要)	保険医療機関名：		
	所在地：		
	保険医療機関名：		
	所在地：		