

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の(1)」の届出を行う場合は、「3の(1)及び(2)」を記載すること。
- 「1の(2)」の届出を行う場合は、「3の(2)」を記載すること。
- 「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。
- 「1の(4)」の届出を行う場合は、「3の(3)」を記載すること。