様式83

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 | * 昭和 * 平成　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 * 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： | | | |