

{

 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

※口腔粘膜処置及びレーザー機器加算の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

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	経験年数

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。