

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	<table border="1" style="width:100%; height:100%;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
専従の 常勤看護師又は 常勤歯科衛生士	氏 名	<table border="1" style="width:100%; height:100%;"> <tr> <td style="width:50%; text-align:center;">歯科衛生士</td> <td style="width:50%; text-align:center;">看護師</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	歯科衛生士	看護師								
歯科衛生士	看護師											
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：											