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： |