

## 顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者自立支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 平成		
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：		