

有床義歯咀嚼機能検査  
咀嚼能力検査  
咬合圧検査

の施設基準の届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○）

グルコセンサーのみの先生はこちら

|     |   |                         |
|-----|---|-------------------------|
| (1) |   | 有床義歯咀嚼機能検査 1 のイ         |
| (2) | ○ | 有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ及び咀嚼能力検査 |
| (3) |   | 有床義歯咀嚼機能検査 2 のイ         |
| (4) |   | 有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ及び咬合圧検査  |

2 当該検査に係る歯科医師の氏名等

| 歯科医師の氏名 | 経歴（経験年数を含む。） |
|---------|--------------|
| 院長名     | 補綴治療歴3年以上    |
|         |              |
|         |              |

3 当該検査に係る医療機関の体制状況等

|     |                  | 概           | 要  |
|-----|------------------|-------------|----|
| (1) | 歯科用下顎運動測定器（非接触型） | 医療機器承認/認証番号 |    |
|     |                  | 製品名         |    |
|     |                  | 製造販売業者名     |    |
|     |                  | 特記事項        |    |
| (2) | グルコース分析装置        | 医療機器届出番号    |    |
|     |                  | 製品名         |    |
|     |                  | 製造販売業者名     | 記入 |
|     |                  | 特記事項        |    |
| (3) | 歯科用咬合力計          | 医療機器届出番号    |    |
|     |                  | 製品名         |    |
|     |                  | 製造販売業者名     |    |
|     |                  | 特記事項        |    |

※医療機器承認/認証番号又は医療機器届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

※グルコース分析装置については、咀嚼能率測定用のグルコース分析装置であること。

※歯科用咬合力計については、咬合圧測定用の歯科用咬合力計であること。

[記載上の注意]

- 「1の(1)」の届出を行う場合は、「3の(1)及び(2)」を記載すること。
- 「1の(2)」の届出を行う場合は、「3の(2)」を記載すること。
- 「1の(3)」の届出を行う場合は、「3の(1)及び(3)」を記載すること。
- 「1の(4)」の届出を行う場合は、「3の(3)」を記載すること。