

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー  
光学印象

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○)

	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー
	光学印象

※ 「CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー」及び「光学印象」の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

3 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	歯科技工所名
中村 修啓	株式会社ノバデンタルラボラトリー

※歯科技工士が院内に配置されている場合については、歯科技工士名のみ記載すること。

4 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要	
	使用する 歯科用CAD /CAM装置	医療機器届出番号
製品名		CADはエッジHD,CAMはDOFクラフトDC
製造販売業者名		株式会社DOFジャパン
特記事項		CAMは26B2X10038000018
使用するデジ タル印象採得 装置	医療機器承認(認証)番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
その他 (特記事項)		

※デジタル印象採得装置については、光学印象の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。

様式 50 の 2 の 2

歯科技工士連携加算 1 及び光学印象歯科技工士連携加算  
歯科技工士連携加算 2

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 (該当するものすべてに○)

<input type="checkbox"/>	歯科技工士連携加算 1 及び光学印象歯科技工士連携加算
<input type="checkbox"/>	歯科技工士連携加算 2

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏 名	歯科技工所名
中村 修啓	株式会社ノバデンタルラボラトリー

3 診療体制 (歯科技工士連携加算 2 に係る届出を行う場合のみ記入する。)

該 当	要 件
<input type="checkbox"/>	保険医療機関内の歯科技工士又は他の歯科技工所との情報通信機器を用いた連携に当たって、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。

【記載上の注意】

- 「2」について、歯科技工士が院内に配置されている場合については、歯科技工士の氏名のみ記載すること。
- 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名及び当該歯科技工所の歯科技工士の氏名を記載すること。
- 「3」について、歯科技工士連携加算 2 に係る届出を行う場合に、要件に適合する場合は□に「✓」を記入すること。

