

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 |
|-----|--------|
|     |        |
|     |        |
|     |        |

※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<br>歯科用CAD<br>／CAM装置 | 医療機器届出番号     |                                             |
|                          | 製品名          |                                             |
|                          | 製造販売業者名      |                                             |
|                          | 特記事項         |                                             |
| 使用するデジ<br>タル印象採得<br>装置   | 医療機器承認（認証）番号 | 22900BZX00139000                            |
|                          | 製品名          | DEXIS イントラオーラルスキャナ<br>IS 3800 スキャナ ワイヤ付きモデル |
|                          | 製造販売業者名      | エンビスタジャパン株式会社                               |
|                          | 特記事項         | 管理医療機器、特定保守管理医療機器                           |
| その他<br>（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。