

医療機能情報提供制度 歯科診療所 調査票

連絡担当者に関する事項

記入日	平成 年 月 日
記入者	
役職名	
連絡先電話番号	
事務連絡用メールアドレス	

【1. 管理・運営・サービス等に関する事項】

(1) 基本情報

正式名称のフリガナ	
正式名称（医療法届出）	
略称のフリガナ	
略称	
名称の英語表記（ローマ字表記）	
郵便番号	
住所のフリガナ	
住所	
住所の英語表記	記入例：OHEMACHI Bldg.3F 1 - 5 Ohemachi, Aoba-ku, Sendai-shi
県民案内用電話番号	
県民案内用 F A X 番号	
開設者	
管理者	

外来診療時間

記入方法については「記入上の留意事項」をご覧ください

診療科目	月	火	水	木	金	土	日	祝日
歯科 <input type="checkbox"/> 初診予約 <input type="checkbox"/> 再診予約								
矯正歯科 <input type="checkbox"/> 初診予約 <input type="checkbox"/> 再診予約								
小児歯科 <input type="checkbox"/> 初診予約 <input type="checkbox"/> 再診予約								
歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 初診予約 <input type="checkbox"/> 再診予約								

外来診療予約用電話番号	
外来受付時間 [記入例] 受付時間は、診療開始の30分前から診療終了の30分前までです。	
外来診療特記事項 ※年末年始、お盆などの特別休診日や外来診療時間について特記する必要がある項目を記入してください。	

(2) 診療所へのアクセス

ホームページアドレス	
メールアドレス	
交通アクセス情報 [記入例] JR東北本線「○△駅」から徒歩3分、市営バス「○△前」から徒歩5分。	
駐車場 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料 駐車台数： 台	

(3) 診療所内サービス

医療に関する相談窓口の設置	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 相談員数 人 (非常勤を含む場合には常勤換算により記載)
院内処方	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
外国語対応	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 対応可能な外国語：
障害者に対するサービス内容	<input type="checkbox"/> 手話による対応 <input type="checkbox"/> 施設内点字ブロックの設置 <input type="checkbox"/> 施設内の情報の表示 <input type="checkbox"/> 点字による表示 <input type="checkbox"/> 音声による情報の伝達
車椅子利用者に対するサービス内容	<input type="checkbox"/> 施設のバリアフリー化の実施
受動喫煙を防止するための措置	<input type="checkbox"/> 施設内における全面禁煙の実施 <input type="checkbox"/> 喫煙室の設置

(4) 費用負担等 【保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院等の種類について】

<input type="checkbox"/> 保険医療機関
<input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第7条第1項に規定する医療保険各法及び同法に基づく療養等の給付の対象とならない医療並びに公費負担医療を行わない医療機関
<input type="checkbox"/> 労災保険指定医療機関
<input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関（更生医療）
<input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関（育成医療）
<input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関（精神通院医療）
<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法指定医の配置されている医療機関
<input type="checkbox"/> 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づく指定病院又は応急入院指定病院
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医の配置されている医療機関
<input type="checkbox"/> 生活保護法指定医療機関（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）に基づく指定医療機関を含む。）
<input type="checkbox"/> 医療保護施設（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく医療保護施設を含む。）
<input type="checkbox"/> 結核指定医療機関
<input type="checkbox"/> 指定養育医療機関
<input type="checkbox"/> 指定療育機関
<input type="checkbox"/> 指定小児慢性特定疾病医療機関
<input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）に基づく指定医療機関
<input type="checkbox"/> 戦傷病者特別援護法指定医療機関
<input type="checkbox"/> 原子爆弾被害者医療指定医療機関
<input type="checkbox"/> 原子爆弾被害者一般疾病医療取扱医療機関
<input type="checkbox"/> 特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関又は第二種感染症指定医療機関
<input type="checkbox"/> 公害医療機関
<input type="checkbox"/> 母体保護法指定医の配置されている医療機関
<input type="checkbox"/> 特定機能病院

<input type="checkbox"/> 臨床研究中核病院
<input type="checkbox"/> 地域医療支援病院
<input type="checkbox"/> 災害拠点病院
<input type="checkbox"/> へき地医療拠点病院
<input type="checkbox"/> 小児救急医療拠点病院
<input type="checkbox"/> 救命救急センター
<input type="checkbox"/> 臨床研修病院
<input type="checkbox"/> 特定行為研修指定研修機関
<input type="checkbox"/> 臨床修練病院等
<input type="checkbox"/> 臨床教授等病院
<input type="checkbox"/> がん診療連携拠点病院
<input type="checkbox"/> エイズ治療拠点病院
<input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院
<input type="checkbox"/> 特定疾患治療研究事業委託医療機関
<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所
<input type="checkbox"/> 在宅療養支援歯科診療所
<input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院
<input type="checkbox"/> 在宅療養後方支援病院
<input type="checkbox"/> DPC対象病院
<input type="checkbox"/> 無料低額診療事業実施医療機関
<input type="checkbox"/> 総合周産期母子医療センター
<input type="checkbox"/> 地域周産期母子医療センター
<input type="checkbox"/> 不妊専門相談センター
<input type="checkbox"/> 性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター
<input type="checkbox"/> 産科医療補償制度加入施設

費用の支払いについて記入して下さい

クレジットカードによる支払い	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
----------------	------------------------------	-------------------------------

【2. 提供サービスや医療連携体制に関する事項】

(1) 診療内容、提供保険・医療・介護サービス

【歯科医師の専門性資格】（非常勤を含む場合には常勤換算により記載して下さい。常勤換算は医療法上の算定式に基づき小数点以下第1位（小数点以下第2位を四捨五入）までを算出して下さい。）

<input type="checkbox"/> 口腔外科専門医（公益社団法人日本口腔外科学会）	名
<input type="checkbox"/> 歯周病専門医（特定非営利活動法人日本歯周病学会）	名
<input type="checkbox"/> 歯科麻酔専門医（一般社団法人日本歯科麻酔学会）	名
<input type="checkbox"/> 小児歯科専門医（一般社団法人日本小児歯科学会）	名
<input type="checkbox"/> 歯科放射線専門医（特定非営利活動法人日本歯科放射線学会）	名

【看護師の専門性資格】資格の名称及び人数について記入して下さい
（非常勤を含む場合には常勤換算により記載して下さい。常勤換算は医療法上の算定式に基づき小数点以下第1位（小数点以下第2位を四捨五入）までを算出して下さい。）

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

【対応できる疾患・治療内容】

歯科領域

<input type="checkbox"/> 歯科領域の一次診療	<input type="checkbox"/> 顎変形症の歯科矯正治療
<input type="checkbox"/> 成人の歯科矯正治療	<input type="checkbox"/> 著しく歯科診療が困難な者（障害者等）の歯科治療
<input type="checkbox"/> 唇顎口蓋裂の歯科矯正治療	<input type="checkbox"/> 摂食機能障害の治療

口腔外科領域

<input type="checkbox"/> 埋伏歯抜歯	<input type="checkbox"/> 顎骨骨折治療
<input type="checkbox"/> 顎関節症治療	<input type="checkbox"/> 口唇・舌・口腔粘膜の炎症・外傷・腫瘍の治療
<input type="checkbox"/> 顎変形症治療	<input type="checkbox"/> 唇顎口蓋裂治療

対応可能な医療機能

<input type="checkbox"/> う蝕治療	<input type="checkbox"/> 口臭症の治療
<input type="checkbox"/> 欠損補綴（入れ歯）	<input type="checkbox"/> 歯ぎしり
<input type="checkbox"/> 難症例の欠損補綴	<input type="checkbox"/> 歯科で行う言語療法
<input type="checkbox"/> 治療困難な歯内療法	<input type="checkbox"/> 禁煙支援
<input type="checkbox"/> 歯周治療	<input type="checkbox"/> 笑気吸入
<input type="checkbox"/> 重篤な歯周疾患の治療	<input type="checkbox"/> 静脈鎮静麻酔
<input type="checkbox"/> 歯周疾患予防処置	<input type="checkbox"/> 全身麻酔
<input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能障害の治療	<input type="checkbox"/> 唇顎口蓋裂・顎変形症
<input type="checkbox"/> 予防歯科の実施または、う蝕予防処置（フッ素塗布、シーラント）	<input type="checkbox"/> 矯正歯科
<input type="checkbox"/> V F（ビデオX線透視、嚥下造影）検査	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍
<input type="checkbox"/> アタッチメント、コーヌス等	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
<input type="checkbox"/> ラミネートベニアクラウン	<input type="checkbox"/> インプラント
<input type="checkbox"/> ホワイトニング（歯を白くする）	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群
<input type="checkbox"/> PMTC (Professional Mechanical Tooth cleaning)	

【健康診査・健康相談について】

健康診査を実施していますか	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない
健康診査を実施している場合、実施している内容について記入して下さい。	
健康相談を実施していますか	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない
健康相談を実施している場合、実施している内容について記入して下さい。	

【対応することができる在宅医療】

①在宅医療

<input type="checkbox"/> 往診（24時間往診可能）	<input type="checkbox"/> 歯科訪問診療
<input type="checkbox"/> 往診（24時間往診可能以外）	<input type="checkbox"/> 施設入居時等医学総合管理
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導	<input type="checkbox"/> 同一建物居住者訪問看護・指導
<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問診療	<input type="checkbox"/> 介護職員等喀痰吸引等指示
<input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理	<input type="checkbox"/> 在宅患者連携指導
<input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療	<input type="checkbox"/> 在宅患者緊急時等カンファレンス
<input type="checkbox"/> 救急搬送診療	<input type="checkbox"/> 在宅患者共同診療
<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問看護・指導	<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問褥瘡管理指導
<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問点滴注射管理指導	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導
<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	<input type="checkbox"/> 歯科疾患在宅療養管理
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示	<input type="checkbox"/> 在宅患者歯科治療総合医療管理
<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導	<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理
<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問栄養食事指導	

②在宅療養指導

<input type="checkbox"/> 退院前在宅療養指導管理	<input type="checkbox"/> 在宅自己疼痛管理指導管理
<input type="checkbox"/> 在宅自己注射指導管理	<input type="checkbox"/> 在宅肺高血圧症患者指導管理
<input type="checkbox"/> 在宅自己腹膜灌流指導管理	<input type="checkbox"/> 在宅気管切開患者指導管理
<input type="checkbox"/> 在宅血液透析指導管理	<input type="checkbox"/> 在宅小児低血糖症患者指導管理
<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法指導管理	<input type="checkbox"/> 在宅妊娠糖尿病患者指導管理
<input type="checkbox"/> 在宅中心静脈栄養法指導管理	<input type="checkbox"/> 在宅小児経管栄養法指導管理
<input type="checkbox"/> 在宅成分栄養経管栄養法指導管理	<input type="checkbox"/> 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理
<input type="checkbox"/> 在宅自己導尿指導管理	<input type="checkbox"/> 在宅振戦等刺激装置治療指導管理
<input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸指導管理	<input type="checkbox"/> 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理
<input type="checkbox"/> 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理	<input type="checkbox"/> 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理
<input type="checkbox"/> 在宅悪性腫瘍患者等指導管理	<input type="checkbox"/> 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理
<input type="checkbox"/> 在宅寝たきり患者処置指導管理	<input type="checkbox"/> 在宅仙骨神経刺激療法指導管理

③診療内容

<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 人工肛門の管理
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 人工膀胱の管理
<input type="checkbox"/> 腹膜透析	<input type="checkbox"/> レスピレーター
<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> モニター測定
<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 尿カテーテル
<input type="checkbox"/> 疼痛の管理	<input type="checkbox"/> 気管切開部の処置
<input type="checkbox"/> 褥瘡の管理	<input type="checkbox"/> 在宅ターミナルケアの対応

④連携の有無

<input type="checkbox"/> 病院との連携	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所との連携
<input type="checkbox"/> 診療所との連携	<input type="checkbox"/> 薬局との連携
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションとの連携	

【3. 医療の実績、結果に関する事項】

人員配置（医療従事者について記入して下さい。）

非常勤を含む場合には常勤換算により記載して下さい。常勤換算は医療法上の算定式に基づき小数点以下第1位（小数点以下第2位を四捨五入）までを算出して下さい。）

医療従事者	人数	医療従事者	人数
医師	名	歯科衛生士	名
歯科医師	名	診療放射線技師	名
薬剤師	名	理学療法士	名
看護師及び准看護師	名	作業療法士	名
助産師	名		

情報開示について記入して下さい

情報開示に関する窓口	<input type="checkbox"/> 設置している	<input type="checkbox"/> 設置していない
------------	---------------------------------	----------------------------------

1日平均の外来患者数を記入して下さい。＜計算式＞前年度の外来患者延べ数÷実外来日数

1日平均外来患者数		名
-----------	--	---

患者満足度調査について記入して下さい

患者満足度調査実施	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない
患者満足度調査結果の提供	<input type="checkbox"/> 提供している	<input type="checkbox"/> 提供していない