

FAX:0996-22-8114(送信票不要)

【手書き版:歯科医院】

川内市医師会では、医療・介護・福祉専門職が日頃の業務で使用することを目的に「医療資源ガイドブック」を作成いたします。お忙しいところ恐縮ですが、調査票提出のご協力をお願いいたします。

記入者情報

役職	
記入者名	
担当者メールアドレス	
電話番号	0996
FAX	0996

《調査項目》

\*太枠で囲っている□箇所に記入、または該当するものに☑を入れるか○で囲んで選択してください。

～ 基本情報 ～

1 名称

ふりがな	
名称	

2 調剤薬局の所在地

郵便番号	
所在地	薩摩川内市

3 代表電話番号及びFAX番号

電話番号	0996	<input type="checkbox"/> 電話番号と同じ
FAX番号	0996	

4 診療日・時間

診療時間

月	火	水	木	金	土	日	午前	午後
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :

共通分以外の診療時間

診療科:

--

例:矯正歯科 木曜 14:00~17:00

月	火	水	木	金	土	日	午前	午後
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :

休診や診療時間等についてコメント

--

5 診療科目(診療内容等)

診療科目	1 <input type="checkbox"/> 一般歯科	2 <input type="checkbox"/> 小児歯科	3 <input type="checkbox"/> 口腔外科	4 <input type="checkbox"/> 矯正歯科
その他の診療内容 専門科目	5 <input type="checkbox"/> 小児専門	6 <input type="checkbox"/> その他( )		

事業所名:

～ 外来・在宅医療 ～

6 予約診療の有無

原則予約制  予約優先  予約不要

※予約が可能な場合、「初診・再診」「予約方法」「予約電話番号」入力 ※代表と同じ場合は□にチェック

診療科目	初診・再診の別	予約方法	予約電話番号
	初診・再診	TEL・窓口・オンライン等	<input type="checkbox"/>
	初診・再診	TEL・窓口・オンライン等	<input type="checkbox"/>
	初診・再診	TEL・窓口・オンライン等	<input type="checkbox"/>

7 在宅医療(複数回答可)

在宅科 訪問診療	実施について	行っている ・ 要相談 ・ 行っていない		
	対応エリア (自由記載)	km以内	車で 分以内	中学校区
	交通費	請求する ・ 距離等によっては請求する ・ 請求しない		

～医療管理の対応・受け入れ～

8 対応することができる治療内容

在宅、外来ともに○:可能 △:要相談 ×:不可 を記入してください。

		在宅	外来			在宅	外来
1	虫歯治療			7	義歯・口腔清掃		
2	歯周病治療			8	ブラッシング指導		
3	冠・義歯作成			9	摂食・嚥下評価		
4	義歯調整			10	摂食・嚥下訓練		
5	抜歯			11	VE検査(嚥下内視鏡)		
6	外傷・粘膜異常			12	周術期口腔管理		

9 登録医の種類や届出等

1	がん診療医科歯科連携登録歯科医	在籍している ・ 在籍していない
2	日本糖尿病協力登録歯科医	在籍している ・ 在籍していない
3	在宅療養支援歯科診療所の届出	届け出をしている ・ 届け出をしていない

10 その他

※空欄に対応できる曜日・時間帯等を記入してください。

多職 種 連 携	1	患者宅で行われる 担当者会議への出席	患者宅	可能・要相談・不可	
			オンライン	可能・要相談・不可	
	2	バイタルリンク(多職種連携情報共有システム)のアカウント登録			有・無

上記以外にも付け加えたい項目等がございましたら以下に記入してください。

御協力ありがとうございました。

【この調査票に関する問い合わせ先】

川内市医師会在宅医療支援センター 電話 0996-22-4021

【手書き版:歯科医院】2/2ページ