㊙ 統計法に基づく基幹統計調査

医療施設静態調査
歯科診療所票

政府統計

厚生労働省

（平成26年10月1日現在）

※ 整理番号									

※ 保健所符号				

※ 市区町村符号					

注：※印の箇所は、記入しないでください。

（1）施設の所在地	〒　　TEL
（2）施設名	

（3）休止・休診の状況	
1	休止中
2	1年以上休診中
3	1年未満休診中

（4）開設者　あてはまるものひとつに○

- 01 厚生労働省
- 02 独立行政法人国立病院機構
- 03 国立大学法人
- 04 独立行政法人労働者健康福祉機構
- 05 国立高度専門医療研究センター
- 06 独立行政法人地域医療機能推進機構
- 07 その他

（国）

- 08 都道府県
- 09 市町村
- 10 地方独立行政法人
- 11 日赤
- 12 済生会
- 13 北海道社会事業協会
- 14 厚生連
- 15 国民健康保険団体連合会
- 16 健康保険組合及びその連合会
- 17 共済組合及びその連合会
- 18 国民健康保険組合
- 19 公益法人
- 20 医療法人
- 21 私立学校法人
- 22 社会福祉法人
- 23 医療生協
- 24 会社
- 25 その他の法人
- 26 個人

（5）許可病床数

床

（6）社会保険診療等の状況　いずれかに○

- 1 保険医療機関又は保険医
- 2 自由診療のみ

（7）診療科目　あてはまるものすべてに○

- 1 歯科
- 2 矯正歯科
- 3 小児歯科
- 4 歯科口腔外科

（8）診療状況（9月中）

外来患者延数	人
初診の患者の数（再掲）	人

（9）外来患者への処方数　9月中の延回数

院内処方数	回
院外処方せん交付数	回

（10）保健事業　9月中に実施したものすべてに○

- 1 保健相談・指導
- 2 予防処置
- 3 自治体の委託検診
- 4 事業所等の委託検診
- 5 該当なし

（11）救急医療体制　いずれかひとつに○

- 1 休日等歯科診療所
- 2 歯科在宅当番医制
- 3 していない

夜間（深夜も含む）の救急対応　いずれかひとつに○

対応している		3 対応していない
1 ほぼ毎日	2 ほぼ毎日以外	

（12）表示診療時間の状況

通常の1週間の診療時間　　.　時間

合計は時間単位とし、01～59分の分単位は全て0．5時間とみなし記入してください。

表示診療時間　通常診療している時間帯すべてに○をつけてください。

曜日	午前	午後	18時～19時	19時～20時	20時～21時	21時～22時	22時以降
月曜日	1	2	3	4	5	6	7
火曜日	1	2	3	4	5	6	7
水曜日	1	2	3	4	5	6	7
木曜日	1	2	3	4	5	6	7
金曜日	1	2	3	4	5	6	7
土曜日	1	2	3	4	5	6	7
日曜日	1	2	3	4	5	6	7
休日	1	2	3	4	5	6	7

SAMPLE

裏面へ続く

（13）技工物作成の委託の状況 各項目について、あてはまるものひとつに○	全部委託	一部委託	委託していない
国内で作成	1	2	3
国外で作成	1	2	3

（14）受動喫煙防止対策の状況　いずれかひとつに○

1　敷地内を全面禁煙としている
2　施設内を全面禁煙としている
3　喫煙場所を設置し、非喫煙場所に煙が流れ出ないよう措置している
4　その他(1～3以外の措置を講じている)
5　何ら措置を講じていない

（15）レセプト処理用コンピューターの導入状況

1	導入している		
2	今後導入する予定がある →	導入予定時期	1　平成26年度 2　平成27年度 3　平成28年度 4　平成29年度以降
3	導入する予定なし		

（16）診療録電子化(電子カルテ)の状況

1	電子化している		
2	今後電子化する予定がある →	電子化予定時期	1　平成26年度 2　平成27年度 3　平成28年度 4　平成29年度以降
3	電子化する予定なし		

（17）医療安全体制　各項目について、あてはまるものひとつに○

	責任者			
	歯科医師	歯科衛生士	その他	配置していない
医療安全体制(全般)	1	2	3	4
院内感染防止対策	1	2	3	4
医療機器安全管理	1	2	3	
医薬品安全管理	1	2	3	

（18）歯科設備　保有しているものすべてに○

1　歯科診療台　(　　台)
2　デンタルX線装置(アナログ)
3　デンタルX線装置(デジタル)
4　パノラマX線装置(アナログ)
5　パノラマX線装置(デジタル)
6　ポータブル歯科ユニット
7　オートクレーブ
8　吸入鎮静装置

（19）歯科技工室　いずれかに○

1　有
2　無

（20）インプラント手術の実施状況　いずれかに○

実施の有無に○をつけ、9月中の実施件数を記入してください。
9月中の実施件数がない場合は0件と記入してください。

1　実施している → 9月中の実施件数（　　件）
2　実施していない

（21）歯科用アマルガムの保有状況　いずれかに○

保有の有無に○をつけ、9月中の使用件数を記入してください。
9月中の使用件数がない場合は0件と記入してください。

1　保有している → 9月中の使用件数（　　件）
2　保有していない

（22）在宅医療サービスの実施状況

訪問診療(居宅)	1	件
訪問診療(施設)	2	件
訪問歯科衛生指導	3	件
居宅療養管理指導(歯科医師による)	4	件
居宅療養管理指導(歯科衛生士等による)	5	件
介護予防居宅療養管理指導(歯科医師による)	6	件
介護予防居宅療養管理指導(歯科衛生士等による)	7	件
その他の在宅医療サービス	8	件

（23）従事者数　10月1日現在の数を記入してください。

職種		常勤 「常勤」従事者の人数	非常勤（常勤換算） 「非常勤」従事者の常勤換算した人数 (小数点第2位四捨五入)「0.1」「1.0」等、「0」を省略せずに記入してください。 ↓小数点
01	歯科医師	人	.　人
02	医師	人	.　人
03	歯科衛生士	人	.　人
04	歯科技工士	人	.　人

職種		実人員 「常勤」・「非常勤」従事者の人数	常勤換算 「常勤」と「非常勤」従事者の常勤換算した人数 (小数点第2位四捨五入)「0.1」「1.0」等、「0」を省略せずに記入してください。 ↓小数点
05	薬剤師		.　人
06	看護師	人	.　人
07	准看護師	人	.　人
08	歯科業務補助者		.　人
09	事務職員		.　人
10	その他の職員		.　人

調査方法について

当調査は、政府統計共同利用システムを用いたオンライン調査の導入を検討しております。

(1)　貴施設には、インターネットを使用できるパソコンはありますか。

1　有
2　無

(2)　次のうち、どちらの調査方法を希望しますか。　いずれかに○

1　政府統計共同利用システムを用いたオンライン調査
2　紙の調査票による調査
→（理由：　　）

記　入　者

（所　属）

（氏　名）

備　　考

ご協力ありがとうございました

SAMPLE