



統計法に基づく  
基幹統計調査

# 医療施設静態調査



政府統計

## 歯科診療所票

厚生労働省

(平成29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	国
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安全機構	
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	
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	

(8) 診療状況	
9月中の外来患者延数	人
初診の患者の数(再掲)	人
(9) 外来患者への処方数 9月中の延回数を記入してください。	
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○	
初期救急医療体制への参加状況	
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	
1	ほぼ毎日
2	ほぼ毎日以外
3	対応していない
(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。	

(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

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	

(13) 技工作作成の委託の状況 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	(20) 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。	
国内で作成		1	2	3	1 保有している → 9月中の使用件数 ( 件 )	
国外で作成		1	2	3	2 保有していない	
(14) 受動喫煙防止対策の状況 いずれかひとつに○					(21) 在宅医療サービスの実施状況	
1 敷地内を全面禁煙としている					9月中の実施件数	
2 施設内を全面禁煙としている					訪問診療(居宅)	
3 喫煙場所を設置し、非喫煙場所に煙が流れ出ないように措置している					1 件	
4 その他(1~3以外の措置を講じている)					訪問診療(施設)	
5 何ら措置を講じていない					2 件	
(15) 診療録電子化(電子カルテ)の状況					訪問歯科衛生指導	
1 電子化している		電子化 予定時期	1 平成29年度		居宅療養管理指導(歯科医師による)	
2 今後電子化する 予定がある			2 平成30年度		4 件	
3 電子化する予定なし			3 平成31年度		居宅療養管理指導(歯科衛生士等による)	
			4 平成32年度以降		5 件	
(16) 医療安全体制 各項目について、あてはまるものひとつに○					(22) 従事者数 10月1日現在の数を記入してください。	
責任者 歯科医師 歯科衛生士 その他 配置していない					職種	
					常勤	
医療安全体制(全般)					「常勤」従事者の人数	
院内感染防止対策					「非常勤」従事者の 常勤換算した人数 (小数点以下第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。	
医療機器安全管理					↓小数点	
医薬品安全管理					01 歯科医師	
(17) 歯科設備 保有しているものすべてに○					02 医師	
1 歯科診療台( 台)					03 歯科衛生士	
2 デンタルX線装置(アナログ)					04 歯科技工士	
3 デンタルX線装置(デジタル)					実人員	
4 パノラマX線装置(アナログ)					「常勤」「非常勤」 従事者の人数	
5 パノラマX線装置(デジタル)					「常勤」と「非常勤」従事者の 常勤換算した人数 (小数点以下第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。	
6 ポータブル歯科ユニット					↓小数点	
7 吸入鎮静装置					05 薬剤師	
診療用器具の滅菌に使用する機器					06 看護師	
8 オートクレーブ					07 准看護師	
9 オートクレーブ以外					08 歯科業務補助者	
(18) 歯科技工室 いずれかに○					09 事務職員	
1 有					10 その他の職員	
2 無					記入者	
(19) インプラント手術の実施状況 いずれかに○					(所属)	
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。					(氏名)	
1 実施している → 9月中の実施件数 ( 件 )					備考	
2 実施していない						

ご協力ありがとうございました