

## 歯科診療所票

厚生労働省

注：※印の箇所は、記入しないでください。

(令和2年10月1日現在)

※ 整理番号												※ 保健所 符号						※ 市区町村 符号					
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--

(1) 施設の所在地	〒 TEL											(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				
(2) 施設名																
法人番号																

(4) 開設者 あてはまるものひとつに○	01 厚生労働省										国	(8) 診療状況	
	02 独立行政法人国立病院機構											9月中の外來患者延数 人	
	03 国立大学法人											初診の患者の数(再掲) 人	
	04 独立行政法人労働者健康安全機構											(9) 外來患者への処方数 9月中の延回数を入力してください。	
	05 国立高度専門医療研究センター											院内処方数 回	
	06 独立行政法人地域医療機能推進機構											院外処方箋交付数 回	
	07 その他											(10) 保健事業 9月中に実施したものすべてに○	
	08 都道府県											1 保健相談・指導	
	09 市町村											2 予防処置	
	10 地方独立行政法人											3 自治体の委託検診	
	11 日赤											4 事業所等の委託検診	
	12 済生会											5 該当なし	
13 北海道社会事業協会										(11) 救急医療体制 いずれかひとつに○			
14 厚生連										初期救急医療体制への参加状況			
15 国民健康保険団体連合会										1 休日等歯科診療所			
16 健康保険組合及びその連合会										2 歯科在宅当番医制			
17 共済組合及びその連合会										3 していない			
18 国民健康保険組合										夜間(深夜も含む)の救急対応 いずれかひとつに○			
19 公益法人										対応している			
20 医療法人										1 ほぼ毎日			
21 私立学校法人										2 ほぼ毎日以外			
22 社会福祉法人										3 対応していない			
23 医療生協										(12) 表示診療時間の状況 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。			
24 会社										通常の1週間の診療時間			
25 その他の法人										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。			
26 個人													
(5) 許可病床数		床		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	
(6) 社会保険診療等の状況 いずれかに○		月曜日		1	2	3	4	5	6	7			
1 保険医療機関又は保険医		火曜日		1	2	3	4	5	6	7			
2 自由診療のみ		水曜日		1	2	3	4	5	6	7			
(7) 診療科目 あてはまるものすべてに○		木曜日		1	2	3	4	5	6	7			
1 歯科		金曜日		1	2	3	4	5	6	7			
2 矯正歯科		土曜日		1	2	3	4	5	6	7			
3 小児歯科		日曜日		1	2	3	4	5	6	7			
4 歯科口腔外科		休日		1	2	3	4	5	6	7			

(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○		(19) 在宅医療サービスの実施状況 実施の有無に○をつけ、9月中の件数を記入してください。	
国内で作成	1 委託している → 委託先歯科技工所数 (カ所) ※9月中の委託先歯科技工所数を記入してください。 2 委託していない	医療保険等による在宅サービス 1 実施している 2 実施していない	
国外で作成	1 委託している 2 委託していない	訪問診療(居宅)	01 件
		訪問診療(病院・診療所)	02 件
		訪問診療(介護施設等)	03 件
		訪問歯科衛生指導	04 件
(14) 受動喫煙対策の状況 各項目について、いずれかひとつに○		介護保険による在宅サービス 1 実施している 2 実施していない	
敷地内を全面禁煙	1 禁煙にしている 2 禁煙にしていない	居宅療養管理指導(歯科医師による)	05 件
特定屋外喫煙場所を設置	1 設置している 2 設置していない	居宅療養管理指導(歯科衛生士等による)	06 件
(15) 診療録電子化(電子カルテ)の状況		介護予防居宅療養管理指導(歯科医師による)	07 件
1 電子化している	電子化 予定時期	介護予防居宅療養管理指導(歯科衛生士等による)	08 件
2 今後電子化する予定がある		介護保険の施設サービス(口腔関連)を提供(介護予防サービスを含む)	09 件
3 電子化する予定なし		介護保険の通所サービス(口腔関連)を提供(介護予防サービスを含む)	10 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○		(20) 介護保険施設の協力歯科医療機関	
	責任者	1 協力歯科医療機関になっている 2 協力歯科医療機関になっていない	
	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
院内感染防止対策	1	2	3
医療機器安全管理	1	2	3
医薬品安全管理	1	2	3
医療放射線安全管理	1	2	3
(17) 歯科設備 保有しているものすべてに○		(21) 従事者数 10月1日現在の数を記入してください。	
1 歯科診療台(台) ※ 歯科診療台を保有している場合は台数を記入してください。		職 種	常勤 非常勤(常勤換算)
2 デンタル・パノラマX線装置			「常勤」従事者の人数 「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。
3 歯科用CT装置			↓ 小数点
4 手術用顕微鏡		01 歯科医師	人
5 滅菌機器(オートクレーブ等)		02 医師	人
6 ポータブル歯科ユニット		03 歯科衛生士	人
		04 歯科技工士	人
		職 種	実人員 常勤換算
			「常勤」「非常勤」従事者の人数 「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。
			↓ 小数点
(18) インプラント手術の実施状況 いずれかに○		05 薬剤師	人
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。		06 看護師	人
1 実施している → 9月中の実施件数 (件)		07 准看護師	人
2 実施していない		08 歯科業務補助者	人
		09 事務職員	人
		10 その他の職員	人

記入者	備考
(所属)	
(氏名)	

ご協力ありがとうございました