



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

注:※印の箇所は、記入しないでください。

(令和5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				
(2) 施設名																1 休止中	2 1年以上休診中	3 1年未満休診中		
法人番号																				

(4) 開設者 あてはまるものひとつに○										(8) 診療状況															
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										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										
										院外処方箋交付数					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 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。																									
通常の1週間の診療時間										時間															
(5) 許可病床数										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。															
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 (力所) ※9月中の委託先歯科技工所数を記入してください。				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					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	電子化予定時期 1 令和5年度 2 令和6年度 3 令和7年度 4 令和8年度以降				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					
	歯科医師	歯科衛生士	その他	配置していない	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					
医療安全体制(全般)の責任者	1	2	3	4	(21) 従事者数 10月1日現在の数を記入してください。					
院内感染防止対策の責任者	1	2	3	4	職 種	「常勤」従事者の実人員	「非常勤」従事者の常勤換算した人数			
医療機器安全管理責任者	1	2	3	4			(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。			
医薬品安全管理責任者	1	2	3	4			↓小数点			
医療放射線安全管理の責任者	1	2	3	4						
(17) 歯科設備 保有しているものすべてに○					01	歯科医師				人
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。					02	医師				人
2 デンタル・パノラマX線装置					03	歯科衛生士				人
3 歯科用CT装置					04	歯科技工士				人
4 手術用顕微鏡					「常勤」と「非常勤」従事者の実人員 「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					
5 滅菌機器(オートクレーブ等)										
6 ポータブル歯科ユニット										
7 歯科用CAD/CAM装置										
8 デジタル印象採得装置										
9 口腔外バキューム					05	薬剤師				人
(18) 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。					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