

# 登録調査票の(新規・変更)届出書

訪問歯科診療を実施していない診療所は下記の基本情報のみご記入ください。

## 【同意確認】

当施設は、下記の登録調査票を南部地区医師会が発刊する「地域の医療・介護資源リスト」及びWebサイト上の「医療・介護おたすけマップ」に掲載し、情報公開することに同意します。 同意日時：令和 年 月 日

医療機関名

㊞ 記入者名

(部署・役職)

歯科診療所 登録調査票										令和	年	月	現在	
基本情報	診療所名							院長名						
	住所	〒												
	電話番号							FAX番号						
	メールアドレス							ホームページ						
	診療科目	<input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 障害者歯科 <input type="checkbox"/> ( )												
	診療日・時間	診療時間	月	火	水	木	金	土	日	祝日				
	記入例 8:30~11:30 休診	午前												
	午後													
在宅医療の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅療養支援歯科診療所の届出 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>● 歯科訪問診療 <input type="checkbox"/>定期的に訪問 <input type="checkbox"/>していない</li> <li>● かかりつけ患者臨時往診 <input type="checkbox"/>対応している <input type="checkbox"/>していない</li> <li>● 今後、歯科訪問診療を行う予定 <input type="checkbox"/>訪問診療を継続 <input type="checkbox"/>新規で検討中 <input type="checkbox"/>なし</li> </ul>													
訪問診療地域	<input type="checkbox"/> 糸満市 <input type="checkbox"/> 豊見城市 <input type="checkbox"/> 南風原町 <input type="checkbox"/> 与那原町 <input type="checkbox"/> 八重瀬町( <input type="checkbox"/> 具志頭 <input type="checkbox"/> 東風平 ) <input type="checkbox"/> 南城市( <input type="checkbox"/> 知念 <input type="checkbox"/> 玉城 <input type="checkbox"/> 大里 <input type="checkbox"/> 佐敷 ) <input type="checkbox"/> 当院を中心とする半径16km圏域(保険適用範囲) <input type="checkbox"/> その他( )													
訪問診療・往診 (具体的な時間をご記入ください) 例:08:30~17:30		月	火	水	木	金	土	日	祝・祭日					
	AM													
	PM													
休診日														
在宅歯科訪問診療で可能な医療行為 (複数回答)	虫歯・歯周病治療	<input type="checkbox"/> 行っている			<input type="checkbox"/> 行っていない			<input type="checkbox"/> 今後行う予定						
	入れ歯の修理・作製	<input type="checkbox"/> 行っている			<input type="checkbox"/> 行っていない			<input type="checkbox"/> 今後行う予定						
	摂食嚥下・リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 行っている			<input type="checkbox"/> 行っていない			<input type="checkbox"/> 今後行う予定						
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 行っている			<input type="checkbox"/> 行っていない			<input type="checkbox"/> 今後行う予定						
	その他( )													
介護支援者の医師への面談方法 (優先順位記入)	直接面接	電話連絡	往診時	外来時	FAX連絡	メール連絡	その他( )							
バリアフリーな環境	車イス利用の方	<input type="checkbox"/> 対応可	<input type="checkbox"/> 困難	その他( )										
備考 他職種の方々への要望 (連絡時の注意事項を含む)														

※ご記入いただきました登録調査票は、下記の南部在宅医療介護支援センターへFAX送信くださいますようお願いいたします。

FAX 098-851-8842