

医療機関情報(詳細報告)(ながさき医療機関情報システム)

歯科診療所 (様式3)

●基本情報

D1

医療機関コード	
医療機関名	
医療機関名のフリガナ	
医療機関名のローマ字 (大文字で記載)	
開設者	
開設者のフリガナ	
管理者	
管理者のフリガナ	
郵便番号	
所在地 (郡・市名)	
所在地 (町)	
所在地 (郷・字・番地等全て)	
所在地のカナ表記	
所在地の英語表記	
案内用電話番号	
案内用FAX番号	

●診療科目

歯科系 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
上記以外の診療科目記入欄《300字以内で届出診療科目を記載：診療科目間はコンマ(,)で区切る》

●診療日・診療時間

D 2

<p>標準的な 診療日・診療時間</p> <p>(標準的な診療時間を記入) * 検索時必要となります</p>	標準的診療時間		
	曜日	午前	午後
	月	～	～
	火	～	～
	水	～	～
	木	～	～
	金	～	～
	土	～	～
	日	～	～
<p>診療科目別診療時間</p> <p>(ネット上に表示される各 科の診療時間を記入)</p> <p>特記事項には、不定期の診 療や予約制などについてご 記入ください</p> <p>* 特記事項は診療・受付 時間共通です。どちらか 片方に記入すれば表示さ れます</p>	科 診療時間		
	曜日	午前	午後
	月	～	～
	火	～	～
	水	～	～
	木	～	～
	金	～	～
	土	～	～
	日	～	～
	特記事項		
	科 診療時間		
	曜日	午前	午後
	月	～	～
	火	～	～
	水	～	～
	木	～	～
	金	～	～
	土	～	～
	日	～	～
	特記事項		
	科 診療時間		
	曜日	午前	午後
	月	～	～
	火	～	～
	水	～	～
	木	～	～
	金	～	～
土	～	～	
日	～	～	
特記事項			

備考：記入欄が足りない場合は、コピーして資料作成してください。

<p>診療科目別診療時間 (前ページより続き)</p> <p>(ネット上に表示される各科の診療時間を記入)</p> <p>特記事項には、不定期の診療や予約制などについてご記入ください</p> <p>* 特記事項は診療・受付時間共通です。どちらか片方に記入すれば表示されます</p>	科 診療時間			D 3
	曜日	午前	午後	
	月	～	～	
	火	～	～	
	水	～	～	
	木	～	～	
	金	～	～	
	土	～	～	
	日	～	～	
	特記事項			
	科 診療時間			
	曜日	午前	午後	
	月	～	～	
	火	～	～	
	水	～	～	
	木	～	～	
	金	～	～	
	土	～	～	
	日	～	～	
	特記事項			
	科 診療時間			
	曜日	午前	午後	
	月	～	～	
	火	～	～	
	水	～	～	
	木	～	～	
	金	～	～	
	土	～	～	
日	～	～		
特記事項				
科 診療時間				
曜日	午前	午後		
月	～	～		
火	～	～		
水	～	～		
木	～	～		
金	～	～		
土	～	～		
日	～	～		
特記事項				

備考：記入欄が足りない場合は、コピーして資料作成してください。

●外来受付時間

D 4

標準的な 外来受付時間 (標準的な外来受付時間を記入) * 検索時必要となります	標準的な外来受付時間		
	曜日	午前	午後
	月	～	～
	火	～	～
	水	～	～
	木	～	～
	金	～	～
	土	～	～
日	～	～	
診療科目別外来受付時間 (ネット上に表示される各科の外来 受付時間を記入)	科 受付時間		
	曜日	午前	午後
	月	～	～
	火	～	～
	水	～	～
	木	～	～
	金	～	～
	土	～	～
	日	～	～
	特記事項		
	科 受付時間		
	曜日	午前	午後
	月	～	～
	火	～	～
	水	～	～
	木	～	～
	金	～	～
	土	～	～
	日	～	～
	特記事項		
	科 受付時間		
	曜日	午前	午後
	月	～	～
	火	～	～
水	～	～	
木	～	～	
金	～	～	
土	～	～	
日	～	～	
特記事項			

<p>外来受付時間 (前ページより続き)</p> <p>(ネット上に表示される各科の診療時間を記入)</p> <p>特記事項には、不定期の診療や予約制などについてご記入ください</p> <p>* 特記事項は診療・受付時間共通です。どちらか片方に記入すれば表示されます</p>	科 診療時間			D 5
	曜日	午前	午後	
	月	～	～	
	火	～	～	
	水	～	～	
	木	～	～	
	金	～	～	
	土	～	～	
	日	～	～	
	特記事項			
	科 診療時間			
	曜日	午前	午後	
	月	～	～	
	火	～	～	
	水	～	～	
	木	～	～	
	金	～	～	
	土	～	～	
	日	～	～	
	特記事項			
科 診療時間				
曜日	午前	午後		
月	～	～		
火	～	～		
水	～	～		
木	～	～		
金	～	～		
土	～	～		
日	～	～		
特記事項				
科 診療時間				
曜日	午前	午後		
月	～	～		
火	～	～		
水	～	～		
木	～	～		
金	～	～		
土	～	～		
日	～	～		
特記事項				

備考：記入欄が足りない場合は、コピーして資料作成してください。

●医療機関へのアクセス等

D6

医療機関までの主な利用交通手段	(100字以内)
駐車場の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し
駐車台数	台
駐車料金の有無	<input type="radio"/> 有料 <input type="radio"/> 無料
案内用ホームページアドレス	
案内用電子メールアドレス (公開可能な場合のみ記入可。)	公開可能なメールアドレス ↓
予約診療の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し
予約診療の内容	診療科の別、初診・再診の別、予約用電話番号等(200字以内)

●院内サービスアメニティー

医療に関する相談窓口設置の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し
相談員の人数	人
院内処方の有無	<input type="radio"/> 院内処方 <input type="radio"/> 院外処方 <input type="radio"/> 院内と院外処方
対応することができる外国語の種類	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> 韓国語
聴覚障害者に対する配慮	<input type="checkbox"/> 手話対応 <input type="checkbox"/> 施設内の情報の表示
視覚障害者に対する配慮	<input type="checkbox"/> 音声案内 <input type="checkbox"/> 院内点字ブロック <input type="checkbox"/> 点字表示
車椅子利用者に対する配慮	<input type="checkbox"/> バリアフリー構造
受動喫煙防止措置	<input type="checkbox"/> 施設内全面禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙室の設置

●費用負担等

医療保険・公費負担の取扱・病院の種類等	<input type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 自由診療のみを行う医療機関 <input type="checkbox"/> 労災保険指定医療機関 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関(更正医療) <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関(育成医療) <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関(精神通院医療) <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法指定医の配置されている医療機関 <input type="checkbox"/> 精神保健指定医の配置されている医療機関 <input type="checkbox"/> 生活保護法指定医療機関 <input type="checkbox"/> 医療保護施設 <input type="checkbox"/> 結核指定医療機関 <input type="checkbox"/> 指定養育医療機関 <input type="checkbox"/> 指定療育医療機関 <input type="checkbox"/> 指定小児慢性特定疾患医療機関 <input type="checkbox"/> 難病患者に対する医療等に関する法律に基づく指定医療機関 <input type="checkbox"/> 戦傷病者特別援護法指定医療機関 <input type="checkbox"/> 原子爆弾被害者医療指定医療機関 <input type="checkbox"/> 原子爆弾被害者一般疾病医療取扱医療機関 <input type="checkbox"/> 公害医療機関 <input type="checkbox"/> 母体保護法指定医の配置されている医療機関 <input type="checkbox"/> 特定行為研修指定研修機関 <input type="checkbox"/> 臨床修練病院等 <input type="checkbox"/> 特定疾患治療研究事業委託医療機関 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援歯科診療所 <input type="checkbox"/> 無料定額診療事業実施医療機関 <input type="checkbox"/> 性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター										
クレジットカードによる料金支払いの可否	(いずれか一つにチェック) <input type="checkbox"/> 現金のみ <input checked="" type="checkbox"/> クレジットカードと現金										
医師の専門性の資格	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 口腔外科専門医 ((公社)日本口腔外科学会)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯周病専門医 (特定非営利活動法人 日本歯周病学会)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯科麻酔科専門医 ((一社)日本歯科麻酔学会)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 小児歯科専門医 ((一社)日本小児歯科学会)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯科放射線専門医 (特定非営利活動法人 日本歯科放射線学会)</td> <td>人</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 口腔外科専門医 ((公社)日本口腔外科学会)	人	<input type="checkbox"/> 歯周病専門医 (特定非営利活動法人 日本歯周病学会)	人	<input type="checkbox"/> 歯科麻酔科専門医 ((一社)日本歯科麻酔学会)	人	<input type="checkbox"/> 小児歯科専門医 ((一社)日本小児歯科学会)	人	<input type="checkbox"/> 歯科放射線専門医 (特定非営利活動法人 日本歯科放射線学会)	人
<input type="checkbox"/> 口腔外科専門医 ((公社)日本口腔外科学会)	人										
<input type="checkbox"/> 歯周病専門医 (特定非営利活動法人 日本歯周病学会)	人										
<input type="checkbox"/> 歯科麻酔科専門医 ((一社)日本歯科麻酔学会)	人										
<input type="checkbox"/> 小児歯科専門医 ((一社)日本小児歯科学会)	人										
<input type="checkbox"/> 歯科放射線専門医 (特定非営利活動法人 日本歯科放射線学会)	人										

●対応できる疾患・治療内容

D 8

領域	内容
歯科領域	<input type="checkbox"/> 歯科領域の一次診療
	<input type="checkbox"/> 成人の歯科矯正治療
	<input type="checkbox"/> 唇顎口蓋裂の歯科矯正治療
	<input type="checkbox"/> 顎変形症の歯科矯正治療
	<input type="checkbox"/> 障害者の歯科治療
	<input type="checkbox"/> 摂食機能障害の治療
口腔外科領域	<input type="checkbox"/> 埋伏歯抜歯
	<input type="checkbox"/> 顎関節症治療
	<input type="checkbox"/> 顎変形症治療
	<input type="checkbox"/> 顎骨骨折治療
	<input type="checkbox"/> 口唇・舌・口腔粘膜の炎症・外傷・腫傷の治療
	<input type="checkbox"/> 唇顎口蓋裂治療

専門外来

専門外来の有無及び内容	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り
	内容 (60字以内)

●健康診断・健康相談

健康診断実施の有無及び内容	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り
	内容 (70字以内)
健康相談実施の有無及び内容	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り
	内容 (70字以内) <input type="radio"/> 有り

●対応することができる在宅医療

<input type="checkbox"/> 歯科訪問診療	
対応することができる施設との連携の有無	<input type="checkbox"/> 病院
	<input type="checkbox"/> 診療所
	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所
	<input type="checkbox"/> 薬局

●医療の実績・結果に関する事項

D9

	基本職種	総数
歯科診療所の人員配置	医師	人
	歯科医師	人
	薬剤師	人
	看護師及び准看護師	人
	歯科衛生士	人
	診療放射線技師	人
情報開示に関する窓口の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し	
外来患者の数＝1日平均患者数(在宅患者数を除く) <計算式>前年度の外来患者延数÷ 実外来診療日数		人

●患者満足度調査(患者へのアンケート等)

実施の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し	
調査結果の提供の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し	