

愛知県医療機能情報調査票（歯科診療所用）

【目次】

No.	項 目	
1	連絡担当者	1
2	基本情報	
	（1）医療機関の名称	1
	（2）医療機関の開設者	2
	（3）医療機関の管理者	2
	（4）医療機関の所在地	2
	（5）医療機関の案内用の電話番号及びFAX番号	3
	（6）外来区分	3
	（7）診療科目、診療日及び診療時間（外来受付時間）など	5
3	医療機関へのアクセス	
	（1）医療機関までの主な利用交通手段	8
	（2）医療機関の駐車場	8
	（3）案内用ホームページアドレス	8
	（4）案内用電子メールアドレス	8
4	医療機関内サービス	
	（1）医療に関する相談員の配置の有無及び人数	9
	（2）院内処方の有無	9
	（3）障害者に対するサービス内容	9
	（4）車椅子利用者に対するサービス内容	9
	（5）受動喫煙を防止するための措置	9
	（6）対応することができる外国語の種類	10
5	費用負担等	
	（1）保険医療機関、公費負担医療機関及びその他病院の種類	11
	（2）クレジットカードによる料金の支払いの可否	12
6	診療内容、提供保健・医療・介護サービス	
	（1）医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の専門性に関する資格の種類	13
	（2）対応することができる疾患又は治療の内容	13
	（3）専門外来の有無及び内容	14
	（4）健康診断及び健康相談の実施	14
	（5）対応することができる在宅医療	14
7	医療の実績、結果に関する事項	
	（1）医療機関の人員配置	15
	（2）情報開示に関する窓口の有無	15
	（3）患者満足度の調査	15
	（4）患者数	15

【1 連絡担当者】

本調査票の記入内容に関して、お問い合わせをさせていただき担当者を記入してください。

必須	記入日	平成	年	月	日							
必須	記入者フリガナ											
必須	記入者											
	役職名											
	所属											
必須	連絡先電話番号			—				—			内線	
	連絡先FAX番号			—				—				
	電子メールアドレス											

【2 基本情報】

(1) 医療機関の名称

※貴院の正式名称と略称・通称を記入してください。

必須	正式名称フリガナ (医療法届出正式名称)											
必須	正式名称 (医療法届出正式名称)											
	略称フリガナ ※通常簡略化して使用されている 名称を記入してください。											
	略称 ※通常簡略化して使用されている 名称を記入してください。											
必須	英語表記 (ローマ字表記) ※略称・通称の表記で記入してください。											

(英語表記記入例)

・〇〇歯科診療所 → MaruMaru Dental Clinic

(ローマ字表記記入例)

・〇〇歯科診療所 → MaruMaru Shika Shinryosho

(2) 医療機関の開設者

※開設者が法人の場合は、正式な法人名を記入してください。

必須	開設者名(フリガナ)																			
必須	開設者名																			

(3) 医療機関の管理者

必須	管理者名(フリガナ)																			
必須	管理者名																			

(4) 医療機関の所在地

※所在地の「字(あざ)」表記は省略して記入してください。

必須	郵便番号		—																		※必ず7桁で記入してください。
必須	所在地(フリガナ)																				
必須	所在地																				
必須	英語表記																				

(英語表記記入例)

・〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇ビル5階 → 1-2-3 marumaru Bldg. 5F, marumaru-cho, marumaru-shi

(5) 医療機関の案内用の電話番号及びFAX番号

住民へ案内する医療機関の電話番号・FAX番号を記入してください。(代表電話番号、受付電話番号等)

1) 住民案内用電話番号	-	-
2) 夜間・休日住民案内用電話番号	※夜間・休日の住民案内用電話番号がある場合は、以下に番号を記入してください。	
	-	-
3) 住民案内用FAX番号	-	-

必須 (6) 外来区分

貴院に該当するものをいずれかひとつ選択してください。

項目名		該当	項目名		該当
01	一般		03	特別養護老人ホーム	
02	企業内診療所		04	その他一般外来を行わない	

■基本診療科コード表

1. 診療科目

歯科系

101	歯科	102	矯正歯科	103	小児歯科	104	歯科口腔外科
-----	----	-----	------	-----	------	-----	--------

2. その他新科目（検索科目）

235	歯科	236	矯正歯科	237	小児歯科
238	歯科口腔外科				

(7) 診療科目、診療日及び診療時間（外来受付時間）など

* 診療時間、外来受付時間は24時間表示で記入してください。

* 記入方法につきましては、最終のシートのご記入例をご覧ください。

基本となる診療時間	時間帯1	時	分	～	時	分
	時間帯2	時	分	～	時	分
	時間帯3	時	分	～	時	分

基本となる 外来受付時間	時間帯1	時	分	～	時	分
	時間帯2	時	分	～	時	分
	時間帯3	時	分	～	時	分

必須 ※1 貴院で標榜科目として届出している科目について、基本診療科コード表の「1. 診療科目」のいずれかに該当する場合は、その診療科コードを記入してください。
貴院での標榜科目名が「1. 診療科目」のいずれにも該当しない場合は、「2. その他新科目（検索科目）」より読み替えが可能な最も近い診療科コードを記入し、
保健所に届出している診療科目名を記入してください。

※2 初診時・再診時に予約が必要な場合、該当している欄に「○」を記入してください。

科目 * 1	* 2		区分	時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝		
	初診時の 予約	再診時の 予約												
			診療 時間	時間帯1										
				時間帯2										
				時間帯3										
			外来受 付時間	時間帯1										
				時間帯2										
				時間帯3										
			診療 時間	時間帯1										
				時間帯2										
				時間帯3										
			外来受 付時間	時間帯1										
				時間帯2										
				時間帯3										
			診療 時間	時間帯1										
				時間帯2										
				時間帯3										
			外来受 付時間	時間帯1										
				時間帯2										
				時間帯3										
			診療 時間	時間帯1										
				時間帯2										
				時間帯3										
			外来受 付時間	時間帯1										
				時間帯2										
				時間帯3										

診療科の記入欄が足りない場合は、コピーしてご記入のうえ、提出をお願いします。

科目 * 1		* 2		区分	時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝
		初診時の 予約	再診時の 予約	診療 時間	時間帯1								
					時間帯2								
					時間帯3								
		外来受 付時間	時間帯1										
			時間帯2										
			時間帯3										
		初診時の 予約	再診時の 予約	診療 時間	時間帯1								
					時間帯2								
					時間帯3								
		外来受 付時間	時間帯1										
			時間帯2										
			時間帯3										
		初診時の 予約	再診時の 予約	診療 時間	時間帯1								
					時間帯2								
					時間帯3								
		外来受 付時間	時間帯1										
			時間帯2										
			時間帯3										
		初診時の 予約	再診時の 予約	診療 時間	時間帯1								
					時間帯2								
					時間帯3								
		外来受 付時間	時間帯1										
			時間帯2										
			時間帯3										
		初診時の 予約	再診時の 予約	診療 時間	時間帯1								
					時間帯2								
					時間帯3								
		外来受 付時間	時間帯1										
			時間帯2										
			時間帯3										

【4 医療機関内サービス】

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」、又は、数値を記入してください。

(1) 医療に関する相談員の配置の有無及び人数

※相談員の人数について非常勤を含む場合は、常勤換算により記入してください。

※小数点第2位以下を切捨て、小数点第1位までを記入してください。

(例) 貴院の定めた常勤の勤務時間が週40時間であり、相談員2人(週40時間が1人、週20時間が1人)の場合

$$\frac{40}{40} + \frac{20}{40} = 1.5人$$

項目名	該当
01 医療に関する相談員の配置	
02 医療に関する相談員の人数	人

(2) 院内処方の有無

項目名	該当
01 院内処方	

(3) 障害者に対するサービス内容

項目名	該当	項目名	該当
01 聴覚障害者への配慮 (手話対応)		04 視覚障害者への配慮 (点字ブロック設置)	
02 聴覚障害者への配慮 (施設内情報表示対応)		05 視覚障害者への配慮 (点字表示対応)	
03 視覚障害者への配慮 (音声による情報の伝達)			

(4) 車椅子利用者に対するサービス内容

項目名	該当	項目名	該当
01 車椅子利用者への配慮 (バリアフリー構造)		02 車椅子対応トイレ	

(5) 受動喫煙を防止するための措置

項目名	該当	項目名	該当
01 施設内における全面禁煙の実施		02 喫煙室の設置	

(6) 対応することができる外国語の種類

常時対応することのできる外国語がある場合、対応レベルに「○」を記入してください。

必須

言語		対応レベル			
01	英語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
02	広東語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
03	北京語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
04	台湾語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
05	ハングル	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
06	タイ語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
07	フィリピン語（タガログ語）	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
08	インドネシア語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
09	トルコ語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
10	フランス語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
11	ポルトガル語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
12	ドイツ語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
13	ロシア語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
14	イタリア語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
15	スペイン語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4

上記のほか常時対応できる外国語がある場合、外国語の種類を記入し該当する対応レベルに「○」を記入してください。

言語	対応レベル		
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3

レベル1	言葉に不自由することなく診療が可能
レベル2	日常会話程度の会話力ではあるが診療が可能
レベル3	会話の自信はないが図示や単語の羅列で診療が可能
レベル4	対応不可

【5 費用負担等】

平成28年10月版

(1) 保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類

医療保険適用や費用負担等に関して適用している項目について、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名		該当	項目名		該当
01	保険医療機関		17	原子爆弾被害者医療指定医療機関	
02	高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第7条第1項に規定する医療保険各法及び同法に基づく療養等の給付の対象とならない医療並びに公費負担医療を行わない医療機関		18	原子爆弾被害者一般疾病医療取扱医療機関	
03	労災保険指定医療機関		19	特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関又は、第二種感染症指定医療機関	
04	指定自立支援医療機関（更生医療）		20	公害医療機関	
05	指定自立支援医療機関（育成医療）		21	母体保護法指定医の配置されている医療機関	
06	指定自立支援医療機関（精神通院医療）		22	特定行為研修指定研修機関	
07	身体障害者福祉法指定医の配置されている医療機関		23	臨床修練病院等	
08	精神保健指定医の配置されている医療機関		24	特定疾患治療研究事業委託医療機関	
09	生活保護法指定医療機関		25	在宅療養支援診療所	
10	医療保護施設		26	在宅療養支援歯科診療所	
11	結核指定医療機関		27	無料低額診療事業実施医療機関	
12	指定養育医療機関		28	総合周産期母子医療センター	
13	指定療育機関		29	地域周産期母子医療センター	
14	指定小児慢性特定疾病医療機関		30	不妊専門相談センター	
15	難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）に基づく指定医療機関		31	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	
16	戦傷病者特別援護法指定医療機関				

(2) クレジットカードによる料金の支払いの可否

クレジットカードによる支払いが可能な場合、「該当」欄に「○」を記入し、使用可能なカードの種類を以下に記入してください。

項目名	該当
01 クレジットカードによる支払いが可能	

使用可能なカードの種類																	

【6 診療内容、提供保健・医療・介護サービス】

(1) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の専門性に関する資格の種類
 専門医が勤務する場合、専門医の人数を記入してください。また、非常勤を含む場合は、常勤換算により記入してください。
 ※小数点第2位以下を切捨て、小数点第1位までを記入してください。

(例) 貴院の定めた常勤の勤務時間が週40時間であり、専門医2人(週40時間が1人、週20時間が1人)の場合

$$\frac{40}{40} + \frac{20}{40} = 1.5人$$

認定医・専門医名	人数	学会名	認定医・専門医名	人数	学会名
01 口腔外科専門医	人	公益社団法人日本口腔外科学会	04 小児歯科専門医	人	一般社団法人日本小児歯科学会
02 歯周病専門医	人	特定非営利活動法人日本歯周病学会	05 歯科放射線専門医	人	特定非営利活動法人日本歯科放射線学会
03 歯科麻酔専門医	人	一般社団法人日本歯科麻酔学会			

医療法第6条の5第1項第7号及び「医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告できる事項(平成19年度厚生労働省告示第108号)」において、厚生労働大臣の定める基準に適合するものとして厚生労働大臣に届け出た団体が行う医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の専門性に関する認定を受けたものです。

(2) 対応することができる疾患又は治療の内容

通常の診療で対応可能な項目があれば「実施」欄に「○」を記入してください。

1. 歯科領域

項目名	実施	項目名	実施
01 歯科領域の一次診療		04 顎変形症の歯科矯正治療	
02 成人の歯科矯正治療		05 著しく歯科診療が困難な者の歯科治療	
03 唇顎口蓋裂の歯科矯正治療		06 摂食機能障害の治療	

2. 口腔外科領域

項目名	実施	項目名	実施
01 埋伏歯抜歯		04 顎骨骨折治療	
02 顎関節症治療		05 口唇、舌若しくは口腔粘膜の炎症、外傷又は腫瘍の治療	
03 顎変形症治療		06 唇顎口蓋裂治療	

(3) 専門外来の有無及び内容

専門外来を実施している場合、項目名に実施している専門外来名を記入してください。実施している「曜日」に「○」を記入し、受付時間を記入してください。また、予約が必要な場合には「予約」欄に「○」を記入するとともに、必要に応じて特記事項を記入してください。

※患者特性や治療方法であり、医療法に基づき広告可能なものに限ります。例えば「遺伝子検査」や「アンチエイジング」など医学的・社会的に広く定着していると認められないものや、「インプラント」など医療保険適用外の治療については記載しないでください。

項目名	予約	実施している曜日							受付時間					
		月	火	水	木	金	土	日	祝	時	分	時	分	
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分

(4) 健康診断及び健康相談の実施

医療法に基づき、広告可能な健康診断・健康相談を実施している場合、項目名に実施している健康診断・健康相談名を記入してください。実施している「曜日」に「○」を記入し、受付時間を記入してください。また予約が必要な場合には「予約」欄に「○」を記入するとともに、必要に応じて特記事項を記入してください。

項目名	予約	実施している曜日							受付時間					
		月	火	水	木	金	土	日	祝	時	分	時	分	
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分
										時		分	時	分

(5) 対応することができる在宅医療

在宅医療で対応可能な項目があれば、「実施」欄に「○」を記入してください。

1. 在宅医療

項目名	実施	項目名	実施
01 往診（終日対応することができるものに限る）		05 歯科疾患在宅療養管理	
02 往診（終日対応することができるもの以外）		06 在宅患者歯科治療総合医療管理	
03 歯科訪問診療		07 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理	
04 訪問歯科衛生指導			

2. 他施設との連携の有無

項目名	実施	項目名	実施
01 病院		04 居宅介護支援事業所	
02 診療所		05 薬局	
03 訪問看護ステーション			

【7 医療の実績、結果に関する事項】

(1) 医療機関の人員配置 ※この項目は、実績等の数値が前年と同じ場合を除き、毎年報告が必要です。

10月1日現在の従事者数を常勤・非常勤ごとに記入してください。

※非常勤の常勤換算は医療法上の算定式に基づき、小数点第2位以下を切捨て小数点第1位までを算出して記入してください。

(例) 貴院の定めた常勤の勤務時間が週40時間であり、従事者2人(週40時間が1人、週20時間が1人)の場合

$$\frac{40}{40} = 1人(常勤) \quad \frac{20}{40} = 0.5人(非常勤) \quad \frac{40}{40} + \frac{20}{40} = 1.5人(総数)$$

※担当させている業務内容が2以上にわたる場合は、その主たる業務によって計上し、現に主として行っている業務内容により、そのいずれか一方に計上してください。

職 種		10月1日現在の従事者数(人)		
		総数 ① (②+③)	常勤 ②	非常勤 ③
		01	02	03
歯科医師	01			
歯科衛生士	02			

(2) 情報開示に関する窓口の有無

院内に常設される情報開示の手続き等を行う窓口を設置し、患者等からの診療情報等の情報に関する相談、開示請求に応じられる体制が確保されている場合は、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 情報開示に関する窓口	

(3) 患者満足度の調査

患者満足度の調査について、該当する場合は、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 患者満足度調査の実施	
02 患者満足度調査結果の提供	

(4) 患者数

※この項目は、実績等の数値が前年と同じ場合を除き、毎年報告が必要です。

前年度(4~3月)の1日平均外来患者数を入力してください。

小数点第2位以下を切捨て、小数点第1位まで入力してください。

(計算方法)

【1日平均外来患者数】：前年度(4~3月)の外来患者延数(在宅患者数は含めない)÷暦日(実診療日数)

単位：人

前年度1日平均外来患者数	
--------------	--