



医療施設静態調査



歯科診療所票

厚生労働省

(令和2年10月1日現在)

注:※印の箇所は、記入しないでください。

※ 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		
法人番号															2 1年以上休診中		
															3 1年未満休診中		

(4) 開設者 あてはまるものひとつに○														(8) 診療状況													
<ul style="list-style-type: none"> 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																											
(6) 社会保険診療等の状況 いずれかに○																											
1 保険医療機関又は保険医																											
2 自由診療のみ																											
(7) 診療科目 あてはまるものすべてに○																											
1 歯科																											
2 矯正歯科																											
3 小児歯科																											
4 歯科口腔外科																											
曜日																											
月曜日																											
火曜日																											
水曜日																											
木曜日																											
金曜日																											
土曜日																											
日曜日																											
休日																											

(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。	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	
		介護予防居宅療養管理指導(歯科医師による)	07	件	
		介護予防居宅療養管理指導(歯科衛生士等による)	08	件	
		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	
		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	
(15) 診療録電子化(電子カルテ)の状況		(20) 介護保険施設の協力歯科医療機関			
1 電子化している	電子化 予定時期	1 協力歯科医療機関になっている			
2 今後電子化する予定がある		2 協力歯科医療機関になっていない			
3 電子化する予定なし					
(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○		(21) 従事者数 10月1日現在の数を記入してください。			
	責 任 者				
	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	4	
院内感染防止対策	1	2	3	4	
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		3		
(17) 歯科設備 保有しているものすべてに○		職 種			
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。	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 歯科技士				人
	職 種				実人員
	05 薬剤師				人
	06 看護師				人
	07 准看護師				人
	08 歯科業務補助者				人
	09 事務職員				人
	10 その他の職員				人
(18) インプラント手術の実施状況 いずれかに○		「常勤」「非常勤」従事者の人数			
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。		「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。			
1 実施している → 9月中の実施件数 (件)					↓小数点
2 実施していない					

記入者	備考
(所属)	
(氏名)	

ご協力ありがとうございました