

# 登録医アンケート

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_

ふりがな  
診療所名 \_\_\_\_\_

診療所住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

交通案内 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

例：JR〇〇駅 西口 △△行きバス ◇◇バス停下車

電話番号 (            ) (            ) (            )

FAX番号 (            ) (            ) (            )

メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

(↑※必須)

該当するものを○で囲み、必要事項をご記入ください。

## 1 貴医院の診療体制や設備等について

\*診療曜日 月・火・水・木・金・土・日・祝日

\*診療時間 午前            :            ~            :

午後            :            ~            :

\*診療室階 \_\_\_\_\_階 (2階以上の場合：エレベーター あり・なし)

\*来院時に利用できる駐車場 あり ・ なし

\*障害者の利用できるトイレ あり ・ なし

- \*車椅子での来院について
- 診療室まで入室可能
  - 待合室まで入室可能
  - 来院が難しい

来院が難しい場合、その理由をお書きください。(例：エレベーターがない、など)

2 貴医院へ返送（センターへ紹介いただいた患者様が貴院へ戻ること）・逆紹介を行う際の患者受け入れ条件を教えてください。(受け入れ可能なケースにそれぞれ○をお付けください。)

	項 目	相談	定期健診	メンテナンス	一般的歯科治療
①	意思の疎通がある程度可能で 対応上問題のない方				
②	意思疎通が困難で軽い体動の コントロールが必要な方				
③	脳性麻痺や運動機能障害のある 方で移乗に介助が必要な方				

※ 軽い体動のコントロールとは、診療時に歯科衛生士がアシスト以外に、1名患者さんの身体の動きをコントロールするなどの目的でつくこと。

※ ③については、意思の疎通に問題のない方とします。

3 患者様を紹介するに当たり、事前に連絡を希望しますか？

- 希望する                      希望しない

4 設問3で「希望する」に○をした方のみ、お答えください。

どのような連絡手段をご希望ですか？（複数回答可）

- 電話      FAX      メール      その他(\_\_\_\_\_)

5 現在の障害者歯科へのかかわりをお答えください。（複数回答可）

- 地区センター協力医
- 施設での検診
- 特別支援学校医
- その他(\_\_\_\_\_)

6 貴医院における障害児・者の受診状況についてお答えください。

月・半年・年 あたり 延\_\_\_\_\_名

(いずれかに○)

7 貴医院との医療連携を行う上で、当センターにご意見等がありましたらお書きください。

8 当センターでは医療連携を推進する観点から、地区歯科医師会や行政機関等から問い合わせがあった場合は、協力医・登録医の情報を提供いたします。また当センターのホームページ (<http://www.tokyo-ohc.org/diagnosis/pdf/partner.pdf>) や待合室掲示で協力医・登録医名簿（医院名、所在地）を公開しています。これらの情報提供や公開に差し支えのある方は、下記に「チェック印」をご記入ください。

私は、問い合わせに対する情報提供を希望しません。

私は、ホームページや待合室掲示での名簿公開を希望しません。

ご協力、ありがとうございました。

**お願い** 住所、電話番号等の変更がありましたら、当センター医療連携室までご連絡ください。

回答先：東京都立心身障害者口腔保健センター医療連携室 FAX03-3235-1144  
FAXもしくは郵送にてご返信ください。