

大阪府医療機関情報システム

歯科基礎情報調査票

No.	項目	頁
1	連絡担当者	3
2	管轄保健所	3
3	医療機関名称	3
4	所在地	3
5	開設者名	3
6	管理者名	3
7	府民案内用電話・FAX番号	4
8	ホームページアドレス	4
9	電子メールアドレス	4
10	外来受付	4
11	外来受付時間帯	4
12	外来受付時間特記事項	4
13	標榜科目	4
14	交通手段	5
15	予約診療	6
16	指定医	6
17	医療保険と公費負担医療	6
18	設備機器情報	7
19	医療情報等	7
20	外国語対応	8

【記入上の注意事項】

記入の際は、次のことにご注意の上、ご記入下さい。

(1) 冊子の状態のまま記入し、返送して下さい。

(2) 下記の例を参考に、丁寧に記入して下さい。

(A) マーク記入例

良い例



ハミ
ダシ



悪い例

ヌリ
ツボシ

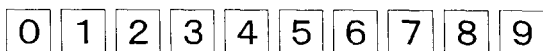


チエ
ック



バッ

(B) 数字記入例



枠の中に収まるように記入して下さい。

(C) 文字（日本語、アルファベット等）

楷書で丁寧に記入して下さい。

この情報は一部の情報を除き医療機関連携情報として医療関係者に情報提供されます。

また、この一部はインターネット・冊子等により府民に情報提供されます。網掛け項目については、医療関係者にのみ情報提供されます。

なお、府民への情報提供項目については行政・医療関係者・学識経験者等からなる大阪府医療機関情報システム歯科情報管理委員会等と調整して決定するほか、定期的に見直しを行いますのでご了承下さい。

— 問合せ先 —

〒543-0033

大阪市天王寺区堂ヶ芝1丁目3番27号

社団法人 大阪府歯科医師会 広報課

TEL : 06-6772-8888

【重要】

医療法上の届出対象であり医療機関台帳システムに登録されている情報をあらかじめ印刷してあります。これらの項目の変更については、基本的に保健所への届出が必要です。
届出内容と相違がある場合には、赤字で修正して下さい。
 この修正をもって医療法上の届出とすることはできません。

背景色が の項目は、府民非公開です。

大阪府医療機関情報システムで貴施設の情報を府民に公開するかどうか○印をご記入下さい。
 「公開しない」にご記入の場合は、府民公開項目・非公開項目に関わらず府民に公開されません。

- 1 公開する 2 公開しない

公開しない場合は、該当する理由に○印をご記入下さい。

- 1 職域診療所（企業内診療所） 2 特別養護老人ホーム内診療所
 3 その他

その他の理由をご記入下さい。

【1 連絡担当者】

記入日	年	月	日		
お名前				役職名	
連絡先電話番号	-	-		連絡先FAX番号	-
連絡先E-Mail					

※この調査票に記入していただいた内容について後日問い合わせる場合がございますので、お名前と連絡先電話番号は必ずご記入下さい。

【2 管轄保健所】

管轄保健所名	大阪市
--------	-----

【3 医療機関名称】 ※ 府民に案内されます。

貴施設の正式名称と略称名を記載しています。誤りがある場合は、赤字で修正して下さい。

フリガナ	サンプル歯科クリニック
正式名称 (医療法届出正式名称)	サンプル歯科診療所
略称フリガナ	サンプル歯科クリニック
略称名	サンプル歯科診療所

【4 所在地】 ※ 府民に案内されます。

郵便番号	530 - 0003
------	------------

住所を記載しています。誤りがある場合は、赤字で修正して下さい。

住所	大阪市北区梅田
----	---------

【5 開設者名】 ※ 医療関係者のみに案内されます。

開設者名	
------	--

【6 管理者名】 ※ 医療関係者のみに案内されます。

管理者名	大阪 太郎
------	-------

3270000000

【7 府民案内用電話・FAX番号】 ※ 府民に案内されます。

府民へ案内する貴施設の電話番号・FAX番号をご記入下さい。

電話番号	—	—
FAX番号	—	—

【8 ホームページアドレス】 ※ 医療関係者のみに案内されます。

貴施設のホームページアドレスをご記入下さい。

ホームページアドレスを記入頂いた場合には、大阪府医療機関情報システムからリンクを張らせて頂きます。ただし、その内容の信頼性等について疑義が生じた場合、大阪府医療機関情報システム歯科情報管理委員会（仮称）が一定の基準に照らし合わせ審査し、是正勧告、リンク切断などの処置を講じることがあります。

ホームページアドレス	http://
------------	---------

【9 電子メールアドレス】 ※ 医療関係者のみに案内されます。

貴施設の連絡用電子メールアドレスをご記入下さい。

府民に公開し、メールにより質問等を受け付ける場合には○をつけて下さい。

電子メールアドレス	
府民に公開する	

【10 外来受付】 ※ 府民に案内されます。

外来受付を行っている曜日、時間帯について、該当する項目に○印をご記入下さい。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝祭日
午前診								
午後診								

【11 外来受付時間帯】 ※ 府民に案内されます。

外来受付時間帯を24時間表示でご記入下さい。

外来受付時間帯	午前診	時	分	～	時	分	まで
	午後診	時	分	～	時	分	まで

【12 外来受付時間特記事項】 ※ 府民に案内されます。

外来受付時間に関する特記事項を記入して下さい。

(例)

第2、第4金曜日は休診です。

【13 標榜科目】 ※ 府民に案内されます

医療法上届出を行っている科目に○印を記載しています。

標榜科目				
歯科	○	矯正歯科	小児歯科	歯科口腔外科

【14 交通手段】 ※ 府民に案内されます

(1) 最寄の駅からの交通手段

貴施設への交通手段を記入して下さい。(3ルートまで)

記入例	最寄りの駅を記入して下さい。			
	<input type="checkbox"/> 会社名/ 路線名	地下鉄 / 御堂筋	<input type="checkbox"/> 線	<input type="text" value="駅名"/> 心斎橋 <input type="text" value="駅"/>
	駅からの交通手段を選んで○印をご記入下さい。 ※バスを利用する場合、以下の記入欄に行き先、下車バス停名、バス停からの所要時間等をご記入下さい。(複数記入可)			
	<input checked="" type="checkbox"/> バス	経路1	○○○行き○○○バス停下車徒歩5分	
	経路2	△△△行き○○○バス停下車徒歩5分		
	経路3	□□□行き▽▽▽バス停下車徒歩10分		
<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	分 (右詰め)	※最寄り駅からの徒歩何分をご記入下さい。	
ルート1	最寄りの駅を記入して下さい。			
	<input type="checkbox"/> 会社名/ 路線名		<input type="checkbox"/> 線	<input type="text" value="駅名"/> <input type="text" value="駅"/>
	駅からの交通手段を選んで○印をご記入下さい。			
	<input type="checkbox"/> バス	経路1		
	経路2			
	経路3			
<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	分 (右詰め)	※最寄り駅からの徒歩何分をご記入下さい。	
ルート2	最寄りの駅を記入して下さい。			
	<input type="checkbox"/> 会社名/ 路線名		<input type="checkbox"/> 線	<input type="text" value="駅名"/> <input type="text" value="駅"/>
	駅からの交通手段を選んで○印をご記入下さい。			
	<input type="checkbox"/> バス	経路1		
	経路2			
	経路3			
<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	分 (右詰め)	※最寄り駅からの徒歩何分をご記入下さい。	
ルート3	最寄りの駅を記入して下さい。			
	<input type="checkbox"/> 会社名/ 路線名		<input type="checkbox"/> 線	<input type="text" value="駅名"/> <input type="text" value="駅"/>
	駅からの交通手段を選んで○印をご記入下さい。			
	<input type="checkbox"/> バス	経路1		
	経路2			
	経路3			
<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	分 (右詰め)	※最寄り駅からの徒歩何分をご記入下さい。	

(2) 駐車場の有無

駐車場がある場合、○印を記入し、台数をご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 駐車場	<input type="checkbox"/>	有りの場合・・・	<input type="text" value="台数"/>	<input type="text" value="台"/>
------------------------------	--------------------------	----------	---------------------------------	--------------------------------

(3) 交通アクセス情報

来院の際の目標物等をご記入下さい。

【15 予約診療】 ※ 府民に案内されます

予約診療実施の有無について、該当する項目に○印をご記入下さい。

予約診療を実施している	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

※実施している場合、以下の該当する項目に○印をご記入下さい。

- (A) 予約 1 完全実施・・・ 2 一部実施・・・
- (B) 状況 1 初診・再診で実施・ 2 再診のみ実施・・・

※【7 府民案内用電話・FAX番号】とは別に予約用の電話・FAX番号等があれば記入して下さい。

予約用電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

予約用FAX番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

予約用フリーダイヤル	0	1	2	0	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	---	---	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

予約診療特記事項をご記入下さい。

--

【16 指定医】 ※ 府民に案内されます

該当の指定医がいる場合、○印をご記入下さい。

- 1 身体障害者福祉法指定医・

【17 医療保険と公費負担医療】 ※ 府民に案内されます

(1) 医療保険診療等の取り扱いに関して、該当する項目に○印をご記入下さい。

- 1 保険医療機関・・
- 2 自由診療のみ・・
- 3 労災保険指定診療所（労働者災害補償保険法施行規則第11条第1項）・・・・
- 4 生活保護指定診療所（生活保護法第49条）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
- 5 更生医療指定診療所（身体障害者福祉法第19条の2第1項）・・・・・・・・・・
- 6 育成医療指定診療所（児童福祉法第20条第4項）・・・・・・・・・・・・・・・・
- 7 原爆被爆者一般疾病医療取扱診療所（原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条）・・・

※【17 医療保険と公費負担医療】解説

- 5、更生医療指定診療所
18歳以上の身体障害者手帳を持っている人に対して、生活上の便宜を増すために障害を軽くしたり、機能を回復したりする医療を提供する指定医機関。
- 6、育成医療指定診療所
18歳未満で、体に障害を持っていたり、今かかっている病気をそのままにしておくと体に障害が残ったりする可能性があり、手術等によって障害の改善がみこまれる子どもを対象として、医療を提供する指定機関。
- 7、原爆被害者一般疾病医療取扱診療所
被爆者が、負傷又は疾病につき診察等を受けた際に、その医療に要した費用の一部を国が給付すると指定した医療施設。

【18 設備機器情報】 ※ 医療関係者のみに案内されます

設備機器について、保有する項目に○印をご記入下さい。

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|
| 1 | マイオモニター | <input type="checkbox"/> | 2 | 口腔外バキューム | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 歯科用レーザー照射装置
(ハード・ソフト) | <input type="checkbox"/> | 4 | 車椅子対応歯科ユニット | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 小児専用歯科ユニット | <input type="checkbox"/> | 6 | 訪問診療用ポータブルユニット | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 歯科診療用X線装置 (パントモを含む) | <input type="checkbox"/> | | | |

【19 医療情報等】 ※ 府民に案内されます

その他医療情報等について、該当する項目に○印をご記入下さい。

(1) 承認等の状況

- | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------|-----------------|
| 1 | 大阪府歯科医師会会員 | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | 大阪府警察協力歯科医 | <input type="checkbox"/> | 府民に公開する場合、○印を記入 |
| 3 | かかりつけ歯科医の施設基準認定 | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | 歯周疾患継続治療診断料の施設基準に係る
届出書の提出の有無 | <input type="checkbox"/> | “有り”の場合、○印を記入 |
| 5 | 口腔外科専門医
(厚生労働省広告規制緩和対象) | <input type="checkbox"/> | |

(2) 院内体制

- | | | | |
|---|----------------------|--------------------------|---------------|
| 1 | 院外処方の実施 | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | 訪問歯科診療の実施 | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | 手話による対応の可否 | <input type="checkbox"/> | “可”の場合、○印を記入 |
| 4 | 視覚障害者に対する配慮の有無 | <input type="checkbox"/> | “有り”の場合、○印を記入 |
| 5 | 車椅子での来院 (バリアフリー) の可否 | <input type="checkbox"/> | “可”の場合、○印を記入 |
| 6 | 同伴児童の一時預かり | <input type="checkbox"/> | “有り”の場合、○印を記入 |

【20 外国語対応】 ※ 府民に案内されます

対応可能な外国語とレベルについて該当する項目に○印をご記入下さい。
大阪府の人口割合から想定される上位10言語を調査します。

言語	対応レベル ※対応できない言語は、記入する必要はありません。		
英語	母国語なみ・・・ <input type="checkbox"/>	日常会話程度・・・ <input type="checkbox"/>	片言・・・ <input type="checkbox"/>
韓国語・朝鮮語	母国語なみ・・・ <input type="checkbox"/>	日常会話程度・・・ <input type="checkbox"/>	片言・・・ <input type="checkbox"/>
中国語	母国語なみ・・・ <input type="checkbox"/>	日常会話程度・・・ <input type="checkbox"/>	片言・・・ <input type="checkbox"/>
フランス語	母国語なみ・・・ <input type="checkbox"/>	日常会話程度・・・ <input type="checkbox"/>	片言・・・ <input type="checkbox"/>
ドイツ語	母国語なみ・・・ <input type="checkbox"/>	日常会話程度・・・ <input type="checkbox"/>	片言・・・ <input type="checkbox"/>
イタリア語	母国語なみ・・・ <input type="checkbox"/>	日常会話程度・・・ <input type="checkbox"/>	片言・・・ <input type="checkbox"/>
スペイン語	母国語なみ・・・ <input type="checkbox"/>	日常会話程度・・・ <input type="checkbox"/>	片言・・・ <input type="checkbox"/>
ポルトガル語	母国語なみ・・・ <input type="checkbox"/>	日常会話程度・・・ <input type="checkbox"/>	片言・・・ <input type="checkbox"/>
ロシア語	母国語なみ・・・ <input type="checkbox"/>	日常会話程度・・・ <input type="checkbox"/>	片言・・・ <input type="checkbox"/>
インドネシア語	母国語なみ・・・ <input type="checkbox"/>	日常会話程度・・・ <input type="checkbox"/>	片言・・・ <input type="checkbox"/>

その他に対応可能な外国語がある場合は、ご記入下さい。

**** ご協力ありがとうございました ****

ご記入後、同封の封筒に入れて平成17年 9月16日までに必着となるようにご送付お願いします。

<<返送先>>

〒543-0033

大阪市天王寺区堂ヶ芝1丁目3番27号

社団法人 大阪府歯科医師会 広報課

(大阪府医療機関情報システム係)

ご記入頂いた項目は、情報が登録された後インターネットを通じ、大阪府医療機関情報システムのホームページから、内容を変更することが可能です。

(一部情報を除く)

これらの情報は医療関係者による医療連携のため使用されます。また、この一部は、インターネットなどにより府民に情報提供されます。

アンケートに回答頂いた診療所には、機関コードとパスワードを発給いたします。

—大阪府医療機関情報システムホームページ—

<http://www.mfis.pref.osaka.jp/>